



Fisioterapia e Reabilitação em Portugal: O Financiamento como Factor Crítico do Desempenho

Maria Margarida Bártolo

III Curso de Mestrado em gestão da Saúde

Orientador: Professor Doutor Carlos Costa

Coorientador: Mestre Isabel de Souza-Guerra

Lisboa, 31 de Julho de 2009

Agradecimentos

Na realização do presente trabalho é meu elementar dever deixar expresso o agradecimento a personalidades que, de diversas formas, me disponibilizaram valiosa orientação e apoio, sem dúvida, determinantes, na forma pela qual o mesmo se desenvolveu.

Desde logo, merecem destaque:

O Professor Doutor Carlos Costa pela superior orientação científica e metodológica;

A Mestre Isabel de Souza-Guerra pelo valioso aconselhamento proporcionado como co-orientadora;

A Mestre Isabel Andrade pela disponibilidade no apoio à revisão das referências bibliográficas.

São ainda merecedores de destaque e do meu reconhecido agradecimento:

As três organizações hospitalares que disponibilizaram os elementos objecto da análise incluída no trabalho;

O Hospital Cuf, Infante Santo, onde, durante vinte anos de prática profissional como fisioterapeuta pude ganhar a sensibilidade, experiência e visão que tornaram possível a abordagem temática desenvolvida;

Todos os colegas de profissão das várias instituições com que me relacionei e que trouxeram um contributo valioso à visão aqui projectada.

Finalmente, o agradecimento aos meus filhos, João Pedro e Filipa, que não só deram prova de grande compreensão pela atenção que a execução do presente trabalho lhes subtraiu, como ainda, por me terem ajudado a superar alguns “bugs” informáticos, com a agilidade que a juventude lhes confere.

Aos meus pais fica também o profundo agradecimento pelo apoio que me proporcionaram ao longo deste regresso à vida académica.

RESUMO

Num contexto em que a prestação de cuidados de Fisioterapia e Reabilitação é identificada como apresentando uma desigualdade e desajustamento da oferta regional superior à dos restantes cuidados de saúde, assim como uma falta de adequação dos preços praticados, perante as condições de oferta e procura actualmente existentes, o presente trabalho tem por objectivo investigar, no domínio do Desempenho, a influência do Financiamento na definição da prestação destes cuidados, tendo como pressuposto genérico que as decisões estratégicas e a reestruturação produtiva das organizações de saúde são condicionadas pelo sistema de preços.

Considera-se que o actual sistema de Financiamento/Pagamento provoca um constrangimento na qualidade da resposta destes cuidados a dois níveis: um primeiro nível, ao colocar o pagamento no âmbito dos *Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica* (MCDTs) a contratar pelo Serviço Nacional de Saúde, com isso determinando a configuração organizativa do sistema; um segundo nível de constrangimento que incide sobre as estruturas das organizações prestadoras, pela modelação que induz, nomeadamente a nível da sua produção. Na impossibilidade de tratar as duas dimensões do problema, pela falta de indicadores de desempenho deste sector, analisou-se, relativamente ao segundo nível de constrangimento, a produção de fisioterapia de três organizações que, potencialmente, teriam o mesmo o mesmo perfil de oferta por se enquadrarem num mesmo perfil de procura.

Os resultados reflectem o pressuposto genérico do trabalho e abrem espaço para colocar como futura hipótese de investigação a razão da(s) causa(s) que poderão estar subjacentes à discrepância encontrada na média de tratamentos por sessão (duas vezes e meia) na produção das duas organizações que foi possível comparar.

Palavras-chave: Fisioterapia, Reabilitação, Desempenho, Financiamento/Pagamento dos cuidados, organização da prestação de cuidados.

ABSTRACT

In a context where the provision of Physical Therapy and Rehabilitation care is identified as having a regional mismatch of supply and inequality above all the others health cares, and a lack of adequacy of prices in the current conditions of supply and demand, the present work has, as main purpose, to investigate, in the field of Performance, the Payment's influence in shaping the provision of such health care. The general assumption tracking this analysis is that the strategic decisions on productive structure of health care organizations are influenced by the price systems.

It is considered that the current Finance / Payment system causes two levels of constraints on the quality of such health care: a first constraint, as it putts its payment under the Supplementary Means of Diagnosis and Therapy (MCDTs), witch ends up establishing the organizational setup of the system; a second level of constraint by modelling the internal structure of these organizations.

The lack of indicators characterizing the performance of this sector, addressed the present study to the second dimension, in witch was analysed the physical therapy production in three organizations that, potentially, would have the same profile of supply responding to similar characteristics of demand.

The results reflect the above mentioned general assumption that supported the work, and leave an open space for future research, about the reason (s) that lay behind the discrepancy found between the average of treatments per session (two and a half times) in the production of the two organizations that was possible to compare.

Keywords: Physical Therapy, Rehabilitation, Performance, Payment of care, organization of care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO	10
1.1- O desempenho dos sistemas de saúde	10
1.2- O Financiamento	12
1.3- A Prestação de Cuidados de Fisioterapia e a Reabilitação	14
2- PROBLEMÁTICA EMERGENTE	14
2.1- Pressupostos Estruturantes da Análise	16
2.2 - Domínios a Investigar	16
3- ESTRUTURA DO TRABALHO	18
4 - A SIGNIFICÂNCIA DO ESTUDO	19
I – REVISÃO DE LITERATURA.....	20
1 - A FISIOTERAPIA.....	20
2 - UM NOVO PARADIGMA PARA A SAUDE.....	21
3 - A REABILITAÇÃO	22
4 - A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAUDE: Relevância em Fisioterapia	25
5 - O DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: ASPECTOS CONCEPTUAIS	26
5.1- A Avaliação: Objectivos, Modelos e Instrumentos.....	26
5.2- O Financiamento como Instrumento de Incentivo à Concretização dos Objectivos..	30
5.2.1- A Contratualização como Modelo de Financiamento.....	33
5.2.2 - O Financiamento e o Ajustamento pelo Risco.....	35
6 - O SISTEMA DE SAUDE PORTUGUÊS:	39
6.1 - Breve Enquadramento Histórico	41
6.2 - As Reformas do Sistema de Saúde Português	41
6.2.1 - Os Principais Problemas da Capacidade de Resposta:	45
6.3- O Financiamento do Sistema de Saúde Português.....	46
6.3.1 - A Contratação de Prestadores Privados pelo Serviço Nacional de Saúde	48

7 - A FISIOTERAPIA E A REABILITAÇÃO EM PORTUGAL	49
7.1- Identificação das Necessidades.....	49
7.2 - A capacidade de resposta no Contexto Estrutural Português	53
7.3 - Enquadramento Legal da Profissão de Fisioterapeuta em Portugal.....	57
7.4- Posicionamento e Papel da Fisioterapia em Portugal	59
7.5 - O Pagamento da Prestação de Cuidados de Fisioterapia e Reabilitação.....	63
7.5.1 - Problemas do actual Modelo de Pagamento	64
7.5.2- Implicações nas Estruturas	65
II – METODOLOGIA.....	68
1 - QUESTÃO ORIENTADORA	68
2 - OBJECTIVOS	68
2.1- Objectivo Geral	68
2.2- Objectivos Específicos.....	68
3 - FASES DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	69
4 -CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:.....	69
5 - INSTRUMENTOS DE PESQUISA E RECOLHA DE DADOS	70
6 -PROCEDIMENTOS ADOPTADOS:	70
III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	72
IV – DISCUSSÃO	78
1- DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	78
2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
V – RECOMENDAÇÕES.....	84
VI – SINTESE FINAL	87
BIBLIOGRAFIA.....	89
APÊNDICES.....	96
APÊNDICE A	97
Tratamento de dados	97
ANEXOS	100
ANEXO 1.....	101
Tabelas de Preços.....	101

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Fig. nº.1: Performance measurement and management cycle	29
Fig. nº.2: Representação gráfica do Sistema de Saúde Português.	40
Gráfico nº.1: Taxa de incidência desagregada por tipos de deficiência, Portugal 2001	50
Gráfico nº.2: Taxas de Incidência de deficiência segundo o tipo, Portugal e NUTS II 2001	50
Gráfico nº.3: Taxas de incidência de deficiência segundo o tipo, por grupos etários, Portugal 2001	51
Fig. nº.3: Distribuição regional das taxas de mortalidade e internamento, a nível de distrito e concelho, para os anos de 2000 a 2004, relativamente à DPOC.	52
Fig. nº.4: Distribuição de unidades de reabilitação	55
Fig. nº.5: Nº de idosos com deficiência	55
Gráfico nº.4: Média de Tratamentos por Sessão nas Organizações A, B e C	72
Gráfico nº.5: Média do número de tratamentos (procedimentos) por doente.	72
Gráfico nº.6: Média do número de sessões por doente (tempo médio de prestação de cuidados)	73
Quadro I: Produção da Organização (A)	74
Gráfico nº.7: Organização (B): Incidência de cada Tratamento por sessão no ano de 2007	75
Gráfico nº.8: Organização (B): Incidência de cada Tratamento por sessão no ano de 2008	77

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde
ADSE – Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
ARS – Administrações Regionais de Saúde
AVC – Acidentes Vasculares Cerebrais
CBR – Reabilitação com base na Comunidade
CIF – Classificação Internacional de Funcionamento Incapacidade e Saúde
DGS – Direcção Geral de Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EPE - Entidade Pública Empresarial
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde
INE - Instituto Nacional de Estatística
IPPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MFR – Medicina Física e de Reabilitação
NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais para fins Estatísticos, elaboradas pela Eurostat
OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organizações não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
RRAS – Regiões de Referência de Avaliação em Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TCE – Traumatismo Craneo-Encefálico
USA - United States of America
USF – Unidades de Saúde Familiar
UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
USP – Unidades de Saúde Pública
URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).
WCPT - World Confederation of Physical Therapy,
WHO – World Health Organization

“The goal of measurement, after all, is to “move and improve” the system, not to “name, shame, and blame” individuals or institutions.”

“One key strategy in presenting performance information is to freely acknowledge any limitations of the data and any associated analyses, including lack of timeliness. Otherwise, as we all know, those who dislike the findings will make the same arguments very quickly indeed. A second strategy is to avoid excess interpretation, and let the debate flow.”

NAYLOR, C. D.; IRON, K.; HANDA, K., 2002. 27

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objectivo analisar, no domínio do Desempenho da Fisioterapia e da Reabilitação no Sistema de Saúde Português, a influência do actual modelo de Financiamento (pagamento de cuidados) na definição da prestação destes cuidados no próprio Sistema, pela modelação que induz na sua configuração organizativa assim como sobre as próprias Organizações Prestadoras.

Tem-se por pressuposto genérico que a reestruturação produtiva e as decisões estratégicas das organizações prestadoras de cuidados de saúde são condicionadas pelo sistema de preços (COSTA, 1990).

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1- O desempenho dos sistemas de saúde

São sobejamente conhecidas as tensões generalizadas e crescentes a que estão sujeitos os sistemas de saúde dos países da OCDE. Estão também identificadas as razões que as originam: aumento da procura dos serviços motivada pelo envelhecimento das populações; aumento das expectativas em cuidados de saúde; cobertura pública tendencialmente universal e alargamento dos seguros privados; rápida evolução tecnológica.

Todos estes factores são geradores de gastos crescentes, insustentáveis, alimentando elevadas tensões na gestão dos recursos que lhe são afectos. E, todavia, permanece a evidência de desigualdades no acesso da prestação dos cuidados (HURST, 2002).

É esta combinação de circunstâncias – gastos crescentes /qualidade da resposta – que tem feito que os sistemas de saúde, a sua configuração, financiamento e gestão, tenham passado a ocupar um lugar de destaque nas agendas dos países dos Estados Membros da OCDE, independentemente das formas organizativas e debilidades próprias de cada sistema (HURST, 2002).

A WHO, no seu *World Health Report* (2000) considera que há quatro funções essenciais que determinam o desempenho dos sistemas de saúde: a organização e provisão dos serviços de saúde, os métodos de pagamento dos sistemas de saúde, o investimento na criação de recursos e o *stewardship* governamental. LEATHERMAN (2002), por sua vez, refere como principais alavancas: a supervisão externa, o conhecimento / reforço de competências dos prestadores, o *empowerment* dos consumidores, os incentivos e a regulação.

Na perspectiva da autora torna-se fundamental reconhecer na avaliação de um Sistema de Saúde, por princípio concebido e focado no Objectivo Fulcral de Satisfazer as Necessidades em Saúde das Populações/Utentes, através de uma prestação de cuidados de Qualidade (seguros, efectivos, centrados no utente, atempados, eficientes e equitativos) (USA. INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001), o jogo de interacções bilaterais entre Utentes /Financiadores / Prestadores, que permitem que estes últimos “convertam em prestação de cuidados” aos primeiros, os “recursos proporcionados” pelos Financiadores.

Cada uma destas entidades tem, naturalmente, uma visão própria, na interpretação das suas prioridades e objectivos, sem prejuízo de terem como denominador comum o da Satisfação do Bem Saúde.

Um sistema de saúde, enquanto provedor do Bem Saúde, simultaneamente essencial pela vastidão e prioridade social da procura, e Ético por lidar directamente com valores da vida, poderá ser entendido, de forma simplificada, como um sistema aberto, suportado em três vértices, cada um deles centrado numa missão própria, fundamental à operacionalização do próprio sistema e que, consoante a dominância das interacções relacionais que se estabelecem, acabam por modela-lo, bem como determinar a resultante do mesmo, traduzida na avaliação do objectivo visado.

Identificam-se cada um destes vértices como:

- As Populações, com as suas necessidades, a razão de ser do sistema, explicitada pelos utentes, beneficiários directos dos cuidados prestados.
- Os Financiadores, entidades às quais cabe assegurar os meios financeiros para garantir o funcionamento do sistema de forma sustentável e com padrões de qualidade que correspondam às necessidades (normativas e explicitadas pelos utentes).
- Os Prestadores, identificados como Entidades Organizacionais que operacionalizam os recursos procurando simultaneamente ajustá-los às expectativas da procura.

Todavia, sem prejuízo da satisfação do Bem em causa, para o qual convergem claramente as três entidades, ao focar, a atenção em cada um destes pilares, é fácil reconhecer em cada um deles particularismos nos objectivos, motivações e interesses que determinam os seus comportamentos.

Assim, o vértice Populações / Utentes imediatamente configura interesses que, sinteticamente, podem ser descritos como:

- Acesso em tempo útil a cuidados de saúde com a devida qualidade na prestação;

- Minimização dos recursos financeiros por si envolvidos, fazendo apelo à condição de cidadão contribuinte, ou cidadão com cobertura de riscos de saúde, ou ainda com participação directa no custo dos actos requeridos.

É ainda possível reconhecer que a intensidade com que estes objectivos são reclamados depende das circunstâncias próprias de cada cidadão na comunidade ou do próprio grupo social envolvido.

O vértice Financiamento, que tem como principal objectivo a captação e disponibilização de fundos para fazer face às necessidades dos utentes, independentemente da sua condição económica e da imprevisibilidade que caracteriza a necessidade de cuidados de saúde (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, 2007), vê-se confrontado com o crescimento das despesas em saúde a um ritmo insustentável, tornando-se gerador de situações de iniquidade no acesso e eficiência.

O vértice Prestadores, o garante essencial deste Sistema na medida que é através dele, como concretizadores das actuações necessárias, que se justifica a sua razão de ser. Torna-se por isso fundamental a Avaliação do Desempenho das Organizações Prestadoras de cuidados de saúde, de forma a disponibilizar informação que espelhe os seus resultados a todas as partes interessadas (REIS, 2005), assim possibilitando a avaliação final do próprio Sistema.

1.2- O Financiamento

Apesar do pagamento não ser o único factor a influenciar o comportamento dos prestadores e dos utentes, tem, contudo, um peso preponderante.

Na verdade, existe uma relação directa entre o Modelo de Pagamento e as características da prestação: se os pagamentos retrospectivos podem induzir a um consumo excessivo de recursos, comprometendo a relação custo benefício ou, em limite, expondo, potencialmente o utente a um maior dano do que benefício; já os pagamentos prospectivos, como os pagamentos por episódio ou por capitação, podem induzir a uma sub-prestação, comprometendo, por defeito, a qualidade da resposta (BARROS, GOMES; 2002).

Tendo em conta que os métodos de pagamento devem estar alinhados com o objectivo de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, estes devem proporcionar (USA. INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA; 2001):

- Uma remuneração adequada para uma boa gestão de todo o tipo de condições clínicas.
- Uma oportunidade aos prestadores para incrementar e partilhar os benefícios de uma melhoria da qualidade.
- Uma oportunidade aos consumidores/utentes, assim como aos financiadores, para reconhecer as diferenças na qualidade dos cuidados de saúde e direccionar, em conformidade com isso, as suas decisões e escolhas.
- A execução de uma prestação suportada nos melhores conhecimentos disponíveis, com tradução mensurável nos resultados, e motivando os prestadores para um aperfeiçoamento dos processos de atendimento, atempados, efectivos, eficientes e equitativos, centrados no utente e permitindo mais elevados níveis de segurança.
- Reduzir a fragmentação dos cuidados: os métodos de pagamento não devem representar uma barreira à capacidade de coordenar a configuração da prestação e assistência aos utentes.

1.3- A Prestação de Cuidados de Fisioterapia e a Reabilitação

A fisioterapia, como profissão autónoma, tem um campo de intervenção que vai desde a promoção da saúde e prevenção da doença, à prestação de cuidados directos, assim como à prevenção de incapacidades e deformidades [programas de educação para o movimento, no campo da saúde do idoso e das condições clínicas crónicas, acompanhamento domiciliário, ensino aos familiares e eliminação de barreiras arquitectónicas (SOUZA-GUERRA, 2008)]. A sua contribuição deve portanto ser encarada como recurso autónomo, integrado a todos os níveis da prestação de cuidados.

Todavia, a actual configuração e enquadramento da prestação de cuidados de Fisioterapia torna a sua intervenção demasiado redutora na medida em que surge, fundamentalmente como resultado de uma referenciação médica e da especialidade de Medicina Física e Reabilitação, decorrendo a sua intervenção das necessidades ligadas a complicações gerais, doença ou trauma, reduzindo-a assim à dimensão de “tratamentos físicos”.

Já à luz do novo paradigma da saúde, o próprio conceito de Reabilitação deve ser encarado com uma dimensão que pode, e deve, ir além da causa física/biológica imediata. Deve estar enquadrada num modelo de prestação integrado, articulando diversos níveis de prestação de cuidados com um conjunto de outros sectores (SANTOS, WESTPHAL; 1999).

2- PROBLEMÁTICA EMERGENTE

Ao dirigir a atenção para a área da Fisioterapia e da Reabilitação no Sistema de Saúde Português, os estudos existentes apontam para uma falta de adequação dos preços praticados perante as condições de procura e oferta actualmente existentes (PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2006) e uma desigualdade e desajustamento da oferta regional destes cuidados, face às necessidades populacionais, superior à da generalidade dos restantes cuidados de saúde (PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2008).

Partindo desta realidade, ressaltam à autora os seguintes aspectos:

a) Parece ser possível identificar, nos escassos trabalhos publicados em Portugal sobre as organizações que prestam cuidados de Fisioterapia e Reabilitação, uma avaliação que tendencialmente vai no sentido do reconhecimento de uma desigualdade da cobertura regional e insuficiente oferta destes cuidados, quando confrontados os níveis de procura expectável com a oferta nacional disponível.

Apesar de não terem sido identificados estudos que, de forma objectiva e sustentada, tenham alinhado conclusões razoavelmente detalhadas sobre a adequação da configuração, distribuição regional, qualidade e sustentabilidade das organizações em questão, parece todavia sobressair, como visão dominante, a ideia de que os constrangimentos da actual capacidade nacional da oferta se devem, fundamentalmente, ao insuficiente número de médicos fisiatras.

b) Todavia, ao fazer uma observação mais fina, que leve em “zoom” ao plano da identificação das debilidades estruturais condicionadoras de uma resposta qualitativa, adequada às necessidades populacionais, surgem manifestas divergências na leitura das causas, emergindo, na perspectiva da autora, as seguintes questões fundamentais:

1ª - Parte significativa da distorção que actualmente se verifica na análise da situação poderá residir nas abordagens que estabelecem como restrição crítica da capacidade de resposta deste sector, a do número total de médicos fisiatras de que o país pode dispor, com isso fixando, automaticamente, uma fronteira global à oferta nacional possível.

Este facto tem-se revelado, pelo menos na aparência dos estudos conhecidos, inibidor da introdução de outras dimensões de análise, designadamente no tocante à configuração da prestação destes cuidados.

2ª - Menos destacado na generalidade dos textos poderá ser, todavia, a componente Financiamento, susceptível de ser a causa maior das insuficiências na resposta da Fisioterapia e da Reabilitação. Esta, a questão central a desenvolver.

2.1- Pressupostos Estruturantes da Análise

Tendo presente:

- Os principais factores que determinam o Desempenho dos Sistemas de Saúde são (WHO, 2000; LEATHERMAN, 2002):
 - a) A sua organização e provisão dos serviços,
 - b) Os métodos de pagamento e incentivos,
 - c) A regulação e supervisão.

- Que a reestruturação produtiva e as decisões estratégicas das organizações prestadoras de cuidados de saúde são condicionadas pelo sistema de preços (COSTA, 1990).

- Que o Financiamento permite orientar comportamentos e implementar objectivos das políticas de saúde (BARROS, GOMES; 2002).

- Que a interacção Financiamento / Desempenho requer, para sua avaliação, sistemas de informação que incorporem indicadores de actividade, medidos não só em termos de recursos utilizados mas de resultados em saúde proporcionados (BARROS, GOMES; 2002).

- Os princípios orientadores das reformas dos sistemas de saúde, definidos no *Ljubljana Charter on Reforming Health Care* em 1996 (WHO, 2008) e as principais metas a serem atingidas (melhorar o estado de saúde dos cidadãos, responder às expectativas legítimas dos mesmos e justiça nas contribuições financeiras), (WHO, 2000).

- Que a Reabilitação, como parte integrante dos cuidados de saúde, deve, por extensão ao enunciado anterior, reger-se pelos mesmos princípios e estar orientada para a concretização das metas definidas.

2.2 - Domínios a Investigar

Com base nos pressupostos mencionados, decorrem do actual modelo de Financiamento (pagamento de cuidados) de Fisioterapia e da Reabilitação, no entender da autora, constrangimentos na qualidade da resposta que resultam a dois níveis:

- Um primeiro nível de constrangimento que evidencia o desajustamento do modelo de Financiamento, ao colocar o pagamento da prestação destes cuidados no âmbito dos *Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica* (MCDTs), a contratar pelo Serviço Nacional de Saúde, alicerçado a um modelo médico de prestação (o antigo paradigma), com isso determinando a configuração organizativa do sistema (e das próprias organizações) na resposta às necessidades populacionais. Paradoxalmente, visam-se objectivos do novo paradigma da saúde apesar da configuração organizativa preconizada continuar orientada para o paradigma anterior. É prova disso a configuração organizativa dos *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários. Carteira Básica* (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 2006).

- Um segundo nível de constrangimento, que se coloca ao nível das organizações prestadoras, pela modelação que induz nas suas estruturas, nomeadamente a nível da sua produção, procurando ajustá-las às características do pagamento a que estão sujeitas.

Tendo presente o objectivo geral – analisar, no domínio do Desempenho da Fisioterapia e Reabilitação, a influência do Financiamento / Pagamento na definição da prestação destes cuidados no Sistema de Saúde Português –, face ao quadro enunciado e aos indicadores actualmente disponíveis neste sector, o estudo contempla apenas o que considera ser o segundo nível de constrangimento da problemática em análise.

Com base numa pesquisa quantitativa não experimental, de desenho descritivo-correlacional, (FORTIN, 1996), definimos, para objecto de estudo: analisar a produção de três organizações que, potencialmente, têm o mesmo perfil de procura (organizações hospitalares dirigidas ao apoio de populações urbanas com uma procura em cuidados de fisioterapia presumivelmente equiparáveis), face às características de pagamento que as suportam.

Como objectivos específicos, definimos, a este nível, os seguintes:

- a) Fazer uma análise da produção da fisioterapia de três organizações hospitalares,
- b) Constatar se existe uma conexão entre os tratamentos (procedimentos) presentes em maior número e os valores que lhes estão atribuídos na tabela de preços das entidades pagadoras correspondentes,

- c) Observar a evolução da produção da fisioterapia em cada organização, no período de tempo definido e, por último,
- d) Constatar se existe uma conexão entre essa evolução e os valores dos tratamentos inscritos nas tabelas de preços das entidades pagadoras correspondentes.

3- ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho desenvolve-se nas seguintes partes:

Um primeira, a revisão de literatura, em que se alinham noções e conceitos chave que importa visitar e ter presente para balizamento e suporte do Projecto de Investigação desenvolvido.

São nela, abordados os seguintes temas:

- A Fisioterapia, o seu âmbito de intervenção; a Reabilitação, destacando a relevância que socialmente lhe é atribuída e os custos em que incorre o seu actual modelo de prestação e ainda, o posicionamento que deve assumir face ao Novo Paradigma da Saúde.

- O Desempenho dos Sistemas de Saúde, explicitando os conceitos associados às principais dimensões que suportam e determinam a definição de *qualidade*, essencial a cada sistema. Desenvolvem-se especificamente as dimensões de equidade, efectividade, eficiência e *responsiveness*, para além dos passos a serem dados na avaliação dos mesmos.

- O Financiamento, pelo impacto que tem sobre as estruturas prestadoras de cuidados e por isso, fundamental como instrumento que condiciona o Desempenho dos Sistemas de Saúde. Nesse sentido, destaca-se a *Contratualização* como um modelo de Financiamento que possibilita um correcto alinhamento com os objectivos das políticas de saúde, desde que devidamente suportado nos necessários sistemas de informação, nomeadamente informação sobre as características dos doentes (o ajustamento pelo risco).

- O Sistema de Saúde Português é objecto de uma breve caracterização no tocante à sua evolução histórica, às principais iniciativas de reformas e problemas ainda existentes na capacidade de resposta. Aborda em seguida o seu Financiamento,

procurando caracterizar cada uma das suas fontes: pública e privada, e a contratação de prestadores privados pelo Serviço Nacional de Saúde.

- As *Necessidades* em Fisioterapia e Reabilitação, procurando dar uma visão aproximada com base em informação recolhida do Censos de 2001 e do Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias de 2007. Para caracterizar o Contexto Estrutural da Resposta deste sector, utiliza os dados recolhidos num estudo da ERS de 2008, mencionando também a visão dos seus autores na interpretação que fazem da análise da situação e contrapondo-a com outros pareceres.

Para melhor caracterização do actual contexto estrutural da resposta, entendeu-se necessário definir o enquadramento legal, posicionamento e enquadramento funcional da profissão de fisioterapeuta.

- O Financiamento / Pagamento da prestação de cuidados de Fisioterapia e Reabilitação, e as suas implicações na actual configuração e organização das estruturas prestadoras destes cuidados de saúde.

Uma segunda parte, metodológica, relativa à segunda dimensão da problemática abordada, sucedida da apresentação dos resultados da produção de fisioterapia de três organizações. Por fim, apresentamos a discussão metodológica e a discussão dos resultados.

A acentuada discrepância na produção entre as duas organizações que foi possível analisar, nomeadamente na média de tratamentos por sessão, poderá revelar-se como um indicador que reflecte o pressuposto genérico subjacente a este estudo, para além de abrir espaço para colocar como futura hipótese de investigação a razão da(s) causa(s) que poderá estar subjacente à discrepância encontrada (duas vezes e meia) nos registos de produção.

4 - A SIGNIFICÂNCIA DO ESTUDO

Realizar este trabalho significa, para a autora, estimular e apontar à necessidade do aprofundamento do tema em análise, tendo em vista: i) desenvolver instrumentos de acção que permitam a reconfiguração deste sector do Sistema de Saúde; ii) relevar o papel da fisioterapia nesse processo, repondo a sua sustentabilidade a longo prazo e viabilizando uma efectiva concretização dos objectivos visados.

I – REVISÃO DE LITERATURA

1 - A FISIOTERAPIA

A Fisioterapia é uma profissão estabelecida e regulamentada, com características profissionais específicas na educação e na prática clínica. O amplo conhecimento do corpo e do seu movimento caracterizam as competências destes profissionais, fundamentais para determinar o diagnóstico e estratégias de intervenção terapêuticas. A prática irá variar em relação ao contexto em que se enquadra, consoante se trata de promoção da saúde, prevenção, manutenção, intervenção / tratamento, habilitação ou reabilitação (WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY, 2007).

“Physical therapy provides services to individuals and populations to develop maintain and restore maximum movement and functional ability throughout the lifespan. This includes providing services in circumstances where movement and function are threatened by ageing, injury, disease or environmental factors. Functional movement is central to what it means to be healthy.” (pág. 5), *“...It includes examination/assessment, evaluation, diagnosis, prognosis, plan of care/intervention and re-examination”* (pág.6) (WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY, 2007).

Esta definição reflecte aquilo que é, na sua essência, o âmbito da intervenção da profissão de fisioterapeuta. Nela, estão implícitas uma multiplicidade de funções que estes profissionais podem desempenhar, tendo em conta o enquadramento cultural e sócio-económico. Estas, de acordo com vários autores, foram identificadas como sendo (BURY, 2003; KAY, KILONZO, HARRIS, 1994; TWIBLE, HENLEY, 2000; WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY, 2003; WHO, 1995;):

- A promoção da saúde e prevenção da doença,
- Prestação de cuidados directos,
- Prevenção de incapacidades e deformidades,
- Educação e ensino de pessoas com deficiência no sentido de promover a sua auto-suficiência,
- Educação e formação de outros agentes para transferência de competências,
- Consultoria, aconselhamento, apoio e supervisão de outros cuidados de saúde pessoal,

- “Team líderes” e gestores,
- Defesa de pessoas com deficiência, de comunidades locais, bem como da profissão.
- Assessores de governos, ONGs e comunidades locais para desenvolvimento de programas.

A Fisioterapia tem assim um importante papel a desempenhar a todos os níveis da prestação de cuidados de saúde. O reconhecimento das suas competências revela-se fundamental para uma resposta adequada às necessidades existentes.

2 - UM NOVO PARADIGMA PARA A SAUDE

A saúde, tal como hoje é entendida, definida há vinte e quatro anos na Carta de Ottawa (WHO, 1995 a), configura-se não como um fim em si mesmo mas como um recurso fundamental para a vida dos indivíduos e das comunidades, obrigando a um conjunto de respostas integradoras, de políticas públicas (acções do Estado), da comunidade (acções comunitárias), dos indivíduos (desenvolvimento de competências pessoais), do próprio sistema (reestruturação) e de parcerias intersectoriais, para lidar com esta questão multifactorial. A participação conjunta da comunidade, cidadãos e prestadores, na protecção e promoção da saúde torna-se, deste modo, o princípio orientador do seu desenvolvimento, planeamento, implementação e avaliação das suas políticas.

Trata-se pois de encarar a saúde de forma mais abrangente, segundo um novo paradigma, como resultado de uma “produção social” que passa pelo desenvolvimento de novas relações com o Estado e com a sociedade civil, assim como pelo desenvolvimento de novas competências profissionais para implementar novas práticas.

A *vigilância* torna-se neste contexto um processo fundamental, incidido não apenas nas doenças, sequelas e mortes, mas também sobre suspeitas, expostos, grupos de risco e necessidades sociais de saúde (SANTOS, WESTPHAL, 1999).

As suas estratégias de intervenção passam pelo controlo dos danos dos riscos e das causas, ou seja, pelo controlo das condicionantes e determinantes e cujas acções mais frequentemente desenvolvidas constam de:

- *Promoção da saúde* – Definida na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde como um processo de capacitação individual e controle da sua própria saúde, não se limitando a acções de responsabilidade do sector saúde (WHO, 1995 a);

- *Prevenção* – Orientada para problemas específicos ou a grupos de problemas e a grupos de risco: imunizações, acidentes de trabalho e de trânsito, hipertensão, alcoolismo, drogas, doenças sexualmente transmissíveis e tabagismo, são exemplos de grupos de risco que podem beneficiar de acções de promoção ou prevenção no interior dos serviços de saúde, na prática clínica dirigida aos indivíduos, às crianças e aos jovens, bem como à comunidade, em acções de grupo;

- *Os cuidados curativos e de reabilitação* – no qual se incluem os cuidados curativos do paradigma anterior. Na Reabilitação, o novo paradigma deve dar conta de que esta pode, e deve, ir mais além do que a causa física/biológica imediata. Deve-se desenvolver para poder intervir na assistência domiciliar, em programas de saúde e apoio à família, através de práticas a menor custo e mais efectivas para a população, quando adequadamente aplicadas (SANTOS, WESTPHAL, 1999).

3 - A REABILITAÇÃO

“Rehabilitation of people with disabilities is a process aimed at enabling them to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychological and social functional levels. Rehabilitation provides disabled people with the tools they need to attain independence and self-determination” (WHO, 2009).

Alinhado pela definição anterior, poderá encontrar-se no *Portal da Saúde*, do Ministério da Saúde (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAUDE. PORTAL DA SAUDE, 2005) o conceito de “Reabilitação” definido como *“um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social”*.

De acordo com dados da WHO (2009 a), estima-se que 10% da população mundial (cerca de 650 milhões de pessoas, das quais 200 milhões são crianças) vivenciem alguma forma de deficiência. As deficiências mais comuns estão associadas a condições clínicas crónicas, tais como doenças cardiovasculares, doenças do foro respiratório,

cancro e diabetes; lesões por acidentes de viação, quedas e violência; doença mental; desnutrição; HIV/ SIDA e outras doenças infecciosas. O número de pessoas com deficiência está a crescer como resultado do crescimento demográfico, do envelhecimento populacional e dos avanços da medicina que permitem prolongar a vida criando com isso maiores exigências em matéria de serviços de saúde e de reabilitação. Por outro lado, a vida das pessoas com deficiência é dificultada em virtude da forma como a sociedade interpreta e reage à deficiência, traduzida nas condições ambientais e atitudes sociais existentes.

Segundo COLERIDGE (1993) e LEAVITT (1995), a Reabilitação tem, historicamente, um baixo nível de reconhecimento e valorização social devido a um conjunto de factores. Entre eles podem-se destacar:

- . A relação custo-benefício da prestação de serviços às pessoas com deficiência,
- . A sub-estima do potencial de recuperação das pessoas portadoras de deficiência,
- . Negligência social,
- . Ausência de urgência,
- . Não representar um risco para os outros,
- . Centrar-se num modelo biomédico,
- . As políticas públicas não serem influenciadas por pessoas portadoras de deficiência.

“...disability is defined by culture, and without an awareness of how disability is perceived in the target culture, a disability programme does not stand much chance of being relevant or sustainable.” (pág.2), (COLERIDGE, 2000).

A actual configuração da prestação de cuidados de Reabilitação, surge, fundamentalmente, como resultado de uma referenciação médica, da especialidade de Medicina Física e Reabilitação, e das necessidades associadas a complicações gerais, decorrentes da doença ou trauma, encarando-a como “tratamentos físicos”, com maior visibilidade dos resultados (WORLD CONFEDERATION OF PHYSICAL THERAPY, 2003). No que toca particularmente à prestação da Fisioterapia, pelo facto desta surgir integrada funcionalmente no contexto de um “modelo médico”, vê restringido o seu campo de actuação a este nível de cuidados.

Esta configuração concentra um maior número de indivíduos a exigir esse tipo de prestação, levando a que a deficiência incorra em elevados custos económicos e sociais para a sociedade, que poderiam ser reduzidos através de uma Reabilitação mais efectiva que incorporasse programas de apoio (Hammerman e Maikowski; citados por WHO, 1981).

Por outro lado, existe uma concentração da oferta, localizada fundamentalmente nos centros urbanos, penalizando o acesso em termos económicos e geográficos, as populações sub-urbanas e rurais, habitualmente mais pobres.

A Reabilitação, como parte integrante da prestação de cuidados de saúde, deve estar portanto orientada para as necessidades das populações. Nesse sentido, o enfoque numa Reabilitação de Base Comunitária (CBR), para além dos ganhos em saúde, permite controlar uma realidade económica partindo de uma base de prevenção primária e promoção da saúde, enquadrada num modelo de prestação integrado, articulando os diversos níveis de prestação de cuidados com um conjunto de outros sectores.

Apesar das iniciativas para uma reestruturação da prestação de cuidados de saúde nesse sentido, a WHO (2002) no documento *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, vê necessidade de expressar orientações que vão no sentido de corrigir o desequilíbrio da prestação de serviços que têm vindo a surgir nas iniciativas de desenvolvimento dos cuidados primários. Enfatiza a necessidade de estes fazerem uma avaliação das necessidades decorrentes das condições clínicas crónicas, muitas das quais poderiam ser cumpridas na comunidade.

No desenvolvimento da legislação sobre deficiência, a WHO (2008) considera, como aspectos – chave, os que se encontram mencionados na *Concept note World Report on Disability and Rehabilitation*:

- A adopção de políticas e planos de acção internacionais sobre deficiência como os definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) no que diz respeito à Igualdade de Oportunidades das Pessoas portadoras de Deficiência, promoção, protecção dos direitos e dignidade;
- A implementação e desenvolvimento de modelos de Reabilitação com base na Comunidade (CBR);
- A criação de organizações por pessoas com deficiência e pelas suas famílias;
- A mudança do paradigma da deficiência, de um "modelo médico" para "modelo social";

- A aprovação da nova Classificação Internacional de Funcionamento Incapacidade e Saúde (CIF): pela Assembleia Mundial da Saúde;
- A adopção do United Nations Comprehensive and Integral International Convention (UNITED NATIONS, 2003 - 04), na protecção e promoção dos direitos e dignidade das pessoas com deficiência.

4 - A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: Relevância em Fisioterapia

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF) é um sistema de classificação que utiliza uma linguagem unificada e um quadro de referência para caracterizar a saúde e os domínios com ela relacionados. Estes domínios são classificados numa perspectiva física e numa perspectiva social através de duas listas: uma lista de funções corporais e estruturas, e uma lista de domínios de actividade e de participação.

Este sistema de classificação foi oficialmente endossado por todos os Estados-Membros da OMS na Quinquagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde em 22 de Maio de 2001 (Resolução WHA 54,21), (WHO, 2009).

Coloca as noções de "saúde" e "deficiência" numa nova perspectiva. Reconhece que cada ser humano pode experimentar uma diminuição da saúde e vivenciar, por isso, algum grau de incapacidade. Ao transferir o foco de atenção das causas dessa incapacidade para o impacto que tem na saúde, coloca todas as condições clínicas em pé de igualdade possibilitando a sua comparação com uma métrica comum. Tem em conta os aspectos sociais da deficiência e da incapacidade, não encarando a disfunção apenas numa perspectiva "médica" ou "biológica". Ao incluir os factores contextuais, nos quais os factores ambientais se inserem, o ICF permite registar o impacto do ambiente no grau de funcionalidade da pessoa (WHO, 2009).

Países como a Austrália, Canadá, Itália, Índia, Japão, México, têm procurado desenvolver indicadores e sistemas de notificação baseados no ICF para uso em reabilitação, cuidados domiciliários, *age-care*, e avaliação da deficiência.

Em contexto clínico, o ICF é utilizado para avaliação do *status* funcional, definição de objectivos, planeamento do tratamento e acompanhamento, bem como para medição dos resultados. A Austrália, Itália, Holanda já utilizam o ICF nos vários cenários clínicos (WHO, 2009).

A aplicação deste instrumento pelos Fisioterapeutas assume especial importância na medida em que permite conhecer o impacto que uma determinada condição clínica tem no indivíduo, para além do seu diagnóstico. Tem ainda a capacidade de codificar outras áreas de interesse para os fisioterapeutas envolvidas na sua prestação, nomeadamente, na caracterização das limitações motoras e sobre o apoio domiciliário necessário (SKYKES, 2006).

Por outro lado, este instrumento possibilita a inclusão de informação do estado funcional nos registos administrativos, permitindo uma imagem mais completa da saúde do indivíduo e das populações, e promove uma maior coerência dos registos na prestação de cuidados em todos os sectores da comunidade (SKYKES, 2007).

A recolha periódica de informação ao longo do Sistema de Saúde sobre os níveis de funcionalidade, possibilita, para além do mais, uma análise dos resultados obtidos, comparar tratamentos, prever e gerir os custos relacionados com a prestação de cuidados e suportar o estabelecimento de prioridades na eleição de programas governamentais. Saber sobre o estado funcional das populações pode igualmente suportar as políticas de carácter social, idade de reforma, pensões, cuidados de longa duração das pessoas idosas, educação, emprego, habitação, transportes e políticas para jovens. (SKYKES, 2007)

5 - O DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: ASPECTOS CONCEPTUAIS

5.1- A Avaliação: Objectivos, Modelos e Instrumentos

O conceito de desempenho de um sistema ou organização inscreve-se na interpretação que, perante uma determinada construção social, dela fazem as diferentes partes interessadas (LEBAS, EUSKE, 2002). Tem em conta, simultaneamente, os objectivos da

construção social, a acção e o seu resultado, e o sucesso desse resultado quando comparado com algum padrão. Nesta perspectiva, o desempenho corresponde, portanto, ao potencial da criação de valor desse sistema, num determinado período de tempo (LEBAS, EUSKE, 2002).

Embora o Desempenho seja descrito e avaliado sob vários aspectos, relativamente ao sector da saúde há um consenso generalizado sobre as principais dimensões emergentes e que se tornam evidentes no trabalho de organizações internacionais como a OMS e a OCDE, bem como no trabalho desenvolvido e a ser implementado por vários países.

Foi objecto central do *World Health Report 2000* (WHO, 2000), o qual define três metas a serem atingidas pelos sistemas de saúde: melhorar o estado de saúde dos cidadãos, *responsiveness* (responder às aspirações legítimas do público) e justiça na contribuição financeira. Identifica para tal, quatro funções, determinantes na concretização dessas metas: o financiamento, a prestação de cuidados de saúde (individuais e colectivos), a criação de recursos e a supervisão e orientação de todo o sistema público e privado. A inter-relação entre essas "metas" e "componentes" são a medida de desempenho.

A OCDE numa atitude de complementaridade ao proposto pela OMS inclui (HURST, HUGHES, 2001):

- Indicadores de resultados dos serviços de saúde (*outcomes*) como parte da avaliação de desempenho (eficiência micro económica), considerando resultados em saúde como as mudanças no estado de saúde estritamente atribuíveis às actividades dos sistemas de saúde.

- A caracterização do "acesso" como um indicador de avaliação da equidade. O acesso é um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação dos serviços de saúde às necessidades dos utentes, incluindo a igualdade de direitos para aceder aos serviços face a iguais necessidades. (WHITEHEAD, 1990).

- A avaliação dos gastos dos Sistemas de Saúde (eficiência macro económica);
- A avaliação do Desempenho aos vários níveis de prestação que integram os Sistemas de Saúde.

As dimensões da *efectividade*, *eficiência*, *equidade* e *responsiveness* (responsividade) são portanto frequentemente incluídas na descrição das dimensões-chave do Desempenho dos cuidados de saúde. O *Institute of Medicine* (1990), citado por

Leathermen (2002) define *qualidade* como o nível a partir do qual, os serviços que prestam cuidados de saúde aos indivíduos e populações, aumentam a sua capacidade de obter resultados desejados, consistentes com um conhecimento profissional actualizado. Para efectivar integralmente esta definição de qualidade, torna-se pois necessário englobar os princípios de equidade e eficiência, inerentes à saúde da população, a efectividade, necessária para alcançar os resultados, e a responsividade, uma propriedade essencial no plano individual (LEATHERMEN, 2002).

A *efectividade* traduz os resultados dos procedimentos realizados quando aplicados na prática (PEREIRA, 2004).

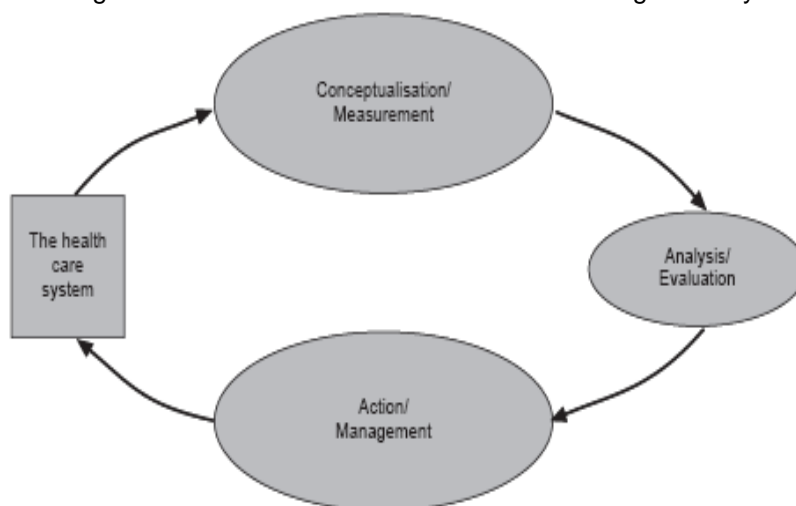
A dimensão *eficiência* traduz a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos (PEREIRA, 2004). Uma condição necessária à eficiência é que seja maximizada a soma ponderada da melhoria do estado de saúde e da responsividade relativamente a um determinado nível das despesas. Infelizmente, devido ao carácter incompleto, até à data, da melhoria dos estados de saúde e de uma total capacidade de resposta, torna-se difícil operacionalizar este resultado relacionado com o conceito de eficiência (HURST, 2002).

A *equidade* pode ser investigada ao longo de um conjunto de dimensões, incluindo a equidade no estado de saúde, a equidade na responsividade (e acesso) e equidade das contribuições financeiras da população para as despesas em saúde. Uma total equidade na saúde é de viabilidade altamente improvável em qualquer país da OCDE na medida em que é uma meta que pressupõe a melhoria da equidade do acesso aos cuidados de saúde e, entre outros aspectos, de programas sociais. Há de facto uma série de características da população que levantam questões de equidade, tais como os rendimentos, o estatuto social, a idade, a deficiência e a localização geográfica (HURST, 2002).

A *responsiveness* pode ser avaliada pela satisfação do utente, como parte dos resultados dos cuidados de saúde, ou como a experiência do mesmo, considerada como uma parte do processo de atendimento. A "Satisfação do utente" insere-se numa tentativa de captar aspectos subjectivos relacionados com a capacidade de resposta dos cuidados. A "experiência do utente" pretende avaliar aspectos factuais da capacidade de resposta dos cuidados. A primeira será afectada pelas expectativas, que estão muitas vezes sujeitas ao efeito de "gratidão" o que leva a que normalmente 90 % ou mais dos utentes expressem satisfação com os cuidados de saúde, à posteriori (HURST, 2002).

De acordo com HURST (2002) os passos a serem dados no sentido avaliar e melhorar o desempenho de um sistema de saúde podem estar descritos no “ciclo” de avaliação de desempenho proposto por Nutley e Smith (1998), citados por HURST (2002).

Fig. nº.1: Performance measurement and management cycle



Fonte: Hurst (2002); adaptado de Nutley and Smith, 1998.

À esquerda do esquema encontra-se representado o sistema de saúde para o qual as melhorias no Desempenho são procuradas. As deficiências no Desempenho, identificadas pelos decisores políticos e gestores variam, naturalmente, de sistema para sistema.

No topo do esquema situa-se a "conceptualização e mensuração". É necessário definir com clareza os objectivos do sistema de saúde e medir os aspectos relevantes a alcançar, face a esses objectivos, no sentido de poder estabelecer uma correspondência entre as acções realizadas e os resultados obtidos. Também é desejável medir as estruturas e processos dado que permitem uma melhor compreensão do sucesso das potenciais alavancas para a mudança desejada.

À direita do diagrama encontra-se a "análise e avaliação". A avaliação é desejável, à priori, a fim de identificar, por exemplo, as causas das deficiências no Desempenho e o custo-efectividade¹ das medidas que poderiam ser tomadas para as resolver. A avaliação

¹ Técnica de análise económica, comparativa, de opções alternativas, em termos de custos e das suas consequências, expressas em “efeitos em saúde”, que permite diminuir a arbitrariedade das decisões e procura maximizar os “bens de produção” (Drummond et al, 1997; citados por VONDELIND, 2004)

é desejável à posteriori, para acompanhar e avaliar os resultados da acção e acrescentar a "prova de evidência" para decisões futuras.

Na parte inferior do diagrama situa-se a "acção". A este nível torna-se importante identificar os principais conjuntos de actores no sistema de saúde: consumidores, prestadores, gestores e governantes. Dependendo do problema em questão, este vai exigir acções ou mudanças de comportamento entre alguns ou todos os conjuntos de actores para se atingir a melhoria do Desempenho desejada.

De acordo com o mesmo autor, este "ciclo" pode ser utilizado para descrever as medidas adequadas a serem tomadas tanto em iniciativas clínicas, como em políticas de saúde e em medidas de gestão. No primeiro caso, as entidades serão, normalmente, os doentes, as doenças e as intervenções. A este nível a mensuração relevante recai sobre o impacto das intervenções alternativas, no que diz respeito à incidência e prevalência das doenças e de quaisquer efeitos secundários, tanto a nível individual, como da população. Uma análise relevante deverá incluir, à priori, a avaliação das tecnologias de saúde utilizadas, frequentemente baseada em ensaios randomizados controlados e as intervenções alternativas irão incluir opções que se poderão colocar aos três níveis de prestação de cuidados. As acções pertinentes, que serão tomadas principalmente pelos profissionais de saúde, deverão incluir a promulgação de novas orientações clínicas (*guidelines*).

A utilização do "ciclo" a nível político e gestionário coloca-se no plano da identificação do estado de saúde e da satisfação das "necessidades" das populações, ou de subgrupos destas pelos serviços de saúde e de políticas de promoção. Torna-se relevante, neste âmbito, a avaliação do impacto das políticas de saúde alternativas e de quaisquer efeitos adversos. As acções a serem tomadas, principalmente pelos governantes e gestores, deverão incluir a melhoria da informação, incentivos ou financiamento e a reforma das instituições de saúde (HURST, 2002). Para este autor, um sistema de saúde só terá um bom Desempenho, se todos os seus actores trabalharem eficazmente, em conjunto, para o mesmo fim.

5.2- O Financiamento como Instrumento de Incentivo à Concretização dos Objectivos

Tendo em conta que os métodos de Financiamento / Pagamento da prestação de cuidados de saúde devem estar alinhados com o objectivo de melhoria da qualidade dos

mesmos, estes devem proporcionar (USA. INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001):

- Uma remuneração adequada para uma boa gestão de todo o tipo de condições clínicas.
- Uma oportunidade aos prestadores de incrementar e partilhar os benefícios de uma melhoria da qualidade. Os incentivos devem estar associados ao nível de incremento da qualidade desejada, proporcionado pela reorganização das estruturas e processos, aferidos pelos resultados alcançados.
- Uma oportunidade aos consumidores/utentes assim como aos financiadores para reconhecer as diferenças na qualidade dos cuidados de saúde e direccionar, em conformidade com isso, as suas decisões e escolhas. Particularmente no que diz respeito aos consumidores, deve disponibilizar informação e a capacidade de a usar na forma que melhor responda às suas necessidades.
- A execução de uma prestação, suportada nos melhores conhecimentos disponíveis, com tradução mensurável nos resultados, e motivando os prestadores para um aperfeiçoamento dos processos de atendimento, atempados, efectivos, eficientes e equitativos, centrados no utente e permitindo mais elevados níveis de segurança.
- Reduzir a fragmentação dos cuidados: os métodos de pagamento não devem representar uma barreira à capacidade de coordenar a configuração da prestação e assistência aos utentes, no *setting* mais adequado a cada momento.

Deste modo, e de acordo com (BARROS, GOMES; 2002) “Um sistema de pagamento óptimo, procura alcançar uma variedade de objectivos...incluindo o uso eficiente de recursos, a acessibilidade, a qualidade, uma abordagem global à saúde em que se insere a prevenção ...” (pág.34), tanto a nível dos profissionais como das instituições.

Actualmente, os sistemas de pagamento podem agrupar-se em:

- Sistemas *retrospectivos*,
- Sistemas *prospectivos*.

Os primeiros são caracterizados por um “pagamento ao acto” (*fee-for-service*, na expressão anglo-saxónica), em que o número de procedimentos realizado determina o montante atribuído. São organizados tendo por base uma grelha de pagamentos que classificam um leque de procedimentos atribuídos a uma determinada área da saúde.

Pelo facto de não haver restrições orçamentais que limitem a prestação de cuidados, a quantidade auferida é directamente proporcional ao número e tipo de actos praticados.

Na perspectiva do utente, este aspecto, associado à assimetria de informação pode conduzir a uma *indução da procura*. Este fenómeno constitui uma das características do mercado da saúde: no processo de transacção do “Bem Saúde”, no qual uma das partes envolvidas possui mais informação do que a outra, assiste-se à delegação da decisão do consumo por parte do utilizador para o prestador, estabelecendo-se assim uma relação de “agência” que permite ao prestador decidir sobre a necessidade do “consumo do produto” como do “tipo de produto”.

Num sistema de financiamento/pagamento de cuidados de saúde ao acto, EVANS (1974) defende que a utilidade maximizada (U) resulta num modelo que tem uma função positiva quanto ao rendimento (Y), uma função negativa relativamente à carga de trabalho (W) e que reflecte o poder discricionário dos médicos (D):

$$U = U(Y, W, D)$$

Em que o rendimento (Y) vai ser o resultado do produto da variável volume (Q) pelo preço unitário (P):

$$Y = P \times Q$$

De acordo com Pita Barros e Gomes (2002) o poder discricionário (D) tem condições para estar tanto mais presente quanto menos evidente for a eficácia da prestação.

Assim, quando um profissional de saúde pretende aumentar os seus rendimentos poderá fazer uma de duas coisas: ou aumentar o valor dos preços unitários, ou aumentar a quantidade de serviços prestados. A relação de agência permite deste modo, em determinados contextos, dar lugar a variações no volume de produção dos serviços, de acordo com o nível de rendimentos pretendidos. Poderá assistir-se a uma “manipulação” das tabelas de preços no sentido de maximizar as receitas, relacionando-se este aspecto com as chamadas “taxas desagradáveis” (BARROS, GOMES; 2002).

Os sistemas de pagamento *prospectivos*, para o qual se torna essencial introduzir a componente de *ajustamento pelo risco*, englobam o *pagamento por episódio clínico* e o *pagamento por capitação*, este último caracterizado por atribuir um valor fixo, *per capita*, a indivíduos de uma população específica, para a qual se pretende garantir o acesso a um conjunto de serviços, por um determinado período de tempo (BARROS, GOMES; 2002).

Concretamente o pagamento por capitação, implica um conhecimento profundo das necessidades em saúde da população em causa, acarretando um elevado risco para o prestador, na medida em que tem de assumir o risco do surgimento de condições clínicas inesperadas. Procura oferecer incentivos para controlar a despesa e desenvolver práticas que induzam a uma melhor relação custo-eficácia, nomeadamente, pela introdução de incentivos de medidas preventivas e da gestão global da saúde da população. Têm, contudo, como incentivo preserve, o de poder encorajar a redução dos custos tratamento face do valor recebido, comprometendo a efectividade da prestação (sub - prestação). Podem conduzir a práticas de selecção adversa, não prestando cuidados aos doentes mais dispendiosos (BARROS, GOMES; 2002).

Face às vantagens e desvantagens inerentes aos sistemas descritos, tem-se assistido a uma tendência progressiva, nos países da União Europeia, para a adopção de sistemas de pagamento mistos, que valorizam o desempenho e responsabilizam a gestão pelos resultados obtidos (BARROS, GOMES; 2002).

5.2.1- A Contratualização como Modelo de Financiamento

Tal como menciona BARROS e GOMES (2002), a contractualização é tida como um instrumento que possibilita a implementação de objectivos da política de saúde. A insuficiência de fundos para afectação de recursos permite ter, neste modelo de financiamento, uma forma alternativa aos tradicionais modelos de controlo e gestão, sem comprometer, contudo, os princípios gerais do modelo do país em questão. É por essa razão, que países com modelos como o do SNS têm optado, cada vez mais, por uma separação progressiva entre financiador, regulador, prestador, assumindo, o Estado, os dois primeiros.

Para Ostrom (1999), citado por ESCOVAL (2003), a contratualização introduz um modelo gestor que permite não só o controlo dos gastos como do próprio desempenho das organizações, na medida em que a negociação se estabelece com base em resultados (medidos em termos de ganhos em saúde e não apenas dos recursos utilizados). Isto implica uma programação estratégica prévia e uma adequação das estruturas, que orientem os comportamentos para concretização dos resultados e impeçam desvios que visem apenas os interesses de uma das partes.

Na Grã-Bretanha, a introdução de mecanismos contratuais (que não dizem respeito apenas ao sector da saúde) teve como objectivo combater uma lógica burocrática centralizadora, marcada por dois momentos cruciais: o primeiro, no âmbito do *Citizen's Charter*, um programa que previa iniciativas como a privatização, a ampliação da competição, a introdução de um terceiro pagador e o estabelecimento de parcerias com organismos da esfera pública, mediante uma lógica de contratualização baseada em incentivos, divulgação de resultados e avaliações periódicas; o segundo momento, relacionado com o programa *Next Steps*, que incentivava a criação de agências autónomas com planeamento e avaliação anual de metas e com a lógica de controlo baseada no desempenho (*performance*) e menos na conformidade das regras (*compliance*). A lógica da contratualização britânica visava reduzir o controle burocrático, ampliar a autonomia e aumentar a responsabilização pelos resultados alcançados (*accountability*), (EI-WARRAK, 2008)

A contratualização permite portanto (BARROS, GOMES; 2002):

- Encorajar a descentralização da gestão e uma reafetação do risco (partilha contratual da responsabilidade com despesas inesperadas), entre compradores e pagadores.
- Melhorar o desempenho dos prestadores, na medida em que incorpora a monitorização e avaliação de um conjunto de indicadores de desempenho, dando aos pagadores alavancas que permitam influenciar comportamentos.
- Melhorar o planeamento, na medida em que há uma determinação das necessidades em saúde e o estabelecimento de prioridades, pagando os compradores, a afectação de recursos para satisfação dessas necessidades e impondo, para uma boa contratualização, a avaliação da sua concretização. Este aspecto torna-se particularmente relevante a nível dos cuidados de saúde primários, em que o planeamento é de base populacional, e os serviços necessários são estimados em função do que foi definido, para, a partir daí, se poder estimar os recursos necessários, com estruturas que permitam respostas adequadas ao diagnóstico situacional.

- Permite, por outro lado, uma melhor gestão dos cuidados de saúde, conseguindo uma melhor relação em termos de custo-efectividade, inserido-os no contexto específico mais adequado.

A contratualização, para ser eficaz, pressupõe, portanto, um suporte informativo mínimo sobre questões demográficas, grupos de risco, fluxos de doentes, características dos doentes e, para os quais, os actuais sistemas de informação se revelam insuficientes. Por outro lado, pressupõe também o desenvolvimento de competências por parte dos recursos humanos de forma a desenvolver capacidades para uma negociação efectiva (BARROS, GOMES; 2002).

5.2.2 - O Financiamento e o Ajustamento pelo Risco

Como já foi referido, constitui princípio básico da estruturação das organizações prestadoras de cuidados de saúde que, no seu estabelecimento exista um correcto alinhamento com as finalidades e objectivos que as justificam.

Relativamente às organizações hospitalares, organizações nas quais se encontra ainda centrada a prestação de cuidados de saúde, é reconhecido o seu elevado grau de complexidade e especificidade, pelo carácter multiproduto da sua actividade decorrente da variedade de condições clínicas. É neste contexto, e numa perspectiva de integralidade da prestação de cuidados ao utente, que também a fisioterapia deve estar presente constituindo assim mais um elemento da intervenção multidisciplinar.

Tornam-se assim essenciais, tanto para a gestão estratégica como operacional, sistemas de informação que incorporem indicadores de produção e desempenho da actividade, que possibilitem uma análise tão fiável quanto possível dos seus resultados.

De acordo com REIS (2005), são várias as razões que se impõem com a avaliação do desempenho dos hospitais, assim como com o desenvolvimento dos seus modelos. A primeira, diz respeito à acessibilidade, não só numa perspectiva de disponibilização de informação aos utilizadores, que devem fazer escolhas informadas, como também para identificação de práticas de selecção de doentes. O financiamento é outra das razões que, associado a critérios pré-definidos de objectivos de desempenho, permite criar incentivos e orientar comportamentos face a resultados indesejados. Por último, a gestão é outra das razões que justifica a implementação destes modelos uma vez que a

disponibilização de elementos que espelhem esse mesmo Desempenho, permite a responsabilização de todos os seus agentes.

Assim, *objectivos, medida de Desempenho e resultados* constituem os alicerces do modelo de gestão em que o recurso a incentivos e a previsão do risco permitem, a responsabilização dos diferentes actores.

O ajustamento pelo risco é, deste modo, fundamental para avaliar a actividade destas organizações, uma vez que só conhecendo as características dos doentes será possível perceber como podem influenciar os resultados (COSTA, 2005).

Existe uma grande variedade de definições relativamente ao conceito de risco, que vão desde o consumo de recursos, à probabilidade de morte iminente, à existência de complicações, ao desempenho funcional dos doentes e ainda à satisfação do cliente (COSTA, 2005). Numa perspectiva de financiamento, este permite prever o valor esperado dos custos *per capita* das intervenções inerentes à prestação de cuidados de saúde (SANTANA, 2008), na medida em que permite controlar os factores que os doentes apresentam quando contactam com uma organização de saúde, factores esses que podem comprometer a probabilidade e o nível de sucesso dos resultados da prestação de cuidados e os recursos nela envolvidos (IEZZONI et al; 1996).

Possibilita a definição de um produto, de forma tão homogénea quanto possível, em relação ao consumo de recursos utilizados e à sua significância clínica, permitindo uma múltipla utilização, consoante a finalidade pretendida. Pode, desta forma, ser utilizado para fins de financiamento ou para garantia da qualidade da prestação de cuidados (COSTA, 2005). Tal facto tem levado ao desenvolvimento de vários sistemas de ajustamento pelo risco, consoante a ênfase da sua utilização é colocada mais numa perspectiva de consumo de recursos ou na perspectiva clínica (COSTA, 2005).

Encontram-se por isso sistemas que privilegiam mais a utilização de recursos, como por exemplo, os Diagnosis Related Groups (DRGs) ou o Acuity Index Method (AIM), e outros que privilegiam a severidade, como o Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE), o System of Acute Physiologic Score (SAPS), o Mortality Probability Model (MPM), o Disease Staging ou os MedisGroups (IEZZONI, 1997).

Em qualquer caso, é grande a consensualidade face às dimensões de risco consideradas (Knaus *et al.*, 1985 e 1991; Blumberg, 1986; Horn, 1988; Murphy & Cluff,

1990; Le Gall, Lemeshow e Saulnier, 1993; Lemeshow *et al.*, 1993; Iezzoni, 1997; citados por COSTA, 2005):

- Idade;
- Sexo;
- Estado fisiológico do doente;
- Diagnóstico principal;
- Gravidade do diagnóstico principal;
- Dimensão e gravidade das comorbilidades;
- Situação/estado (*status*) funcional;
- Situação psicológica e cognitiva dos doentes;
- Atributos culturais, éticos e sócio-económicos;
- Atitudes e preferências dos consumidores.

Dos sistemas de classificação de doentes acima mencionados, o *Diagnosis Related Groups* (DRGs) é sistema que actualmente vigora em Portugal desde 1984 (Grupos de Diagnóstico Homogéneo - GDH). Define os produtos em função de um consumo homogéneo de recursos, sendo estes medidos pela duração de internamento (FETTER *et al.*, 1980).

Este sistema contempla dimensões como o diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, patologias associadas e complicações, procedimentos clínicos realizados, idade, sexo do doente e destino após a alta. Os diagnósticos, e procedimentos cirúrgicos e médicos são codificados de acordo com a Codificação Internacional das Doenças (CID-9-MC) de 2004 e a tabela tem por base a versão 21.0, (PORTARIA nº 567/2006).

A título exemplificativo, olhando para a Tabela Nacional dos GDH (PORTARIA nº 567/2006), é possível encontrar “Reabilitação”, com o código (médico) 462, associada ao GDH 23 “*factores com influência no estado de saúde e outros contactos com serviços de saúde*”. Tem um preço de 2.383,14 euros, um peso relativo (um coeficiente de ponderação que traduz o consumo de recursos empregues esperados para tratamento de uma determinada situação clínica tipo e os realmente utilizados pelo doente médio) de 1,0174, uma diária de internamento de 476,63 euros e uma demora média corrigida de 16,7 dias. Tem tradução prática na contratualização do internamento dos Cuidados Continuados, no âmbito da infecção VIH/Sida e dos doentes oncológicos, a utentes para os quais a entidade financeira responsável é o SNS. Conforme a Portaria nº 1087-A /2007, de 5 de Outubro, os cuidados a contratualizar são expressos em diária de internamento e englobam todos os encargos com medicamentos, realização de exames

auxiliares de diagnóstico, e todo o material utilizado para tratamento de úlceras de pressão (PORTUGAL. ACSS, UNIDADE OPERACIONAL DE FINANCIAMENTO E CONTATUALIZAÇÃO, 2007).

Assim, como se verifica, no que diz respeito à utilização para fins de financiamento, foram simultaneamente definidos preços e pesos relativos por cada GDH (SANTANA, 2003), podendo estes últimos ser considerados como uma boa medida da complexidade dos casos tratados (McGUIRE, 1991).

Uma vez que a duração do internamento, neste sistema, é o factor que determina o consumo de recursos, correspondendo a cada produto uma duração média prevista, este pode ser observado não só numa perspectiva de consumo de recursos mas também como um indicador de eficiência.

Relativamente ao *Disease Staging*, já existe em Portugal colheita de dados e rotinas necessários a este sistema, o que minimiza os custos de eventual implementação e de exploração.

Este sistema utiliza “achados clínicos” para os agrupar em função da severidade, requerendo por isso tratamentos similares, e dos quais se esperam resultados também semelhantes (Garg et al, 1978; Gonnella, Hornbrook e Louis, 1984 e Gonnella, Louis e Gozum, 1999, citados por COSTA, 2005).

Serve para fazer um agrupamento clínico homogéneo dos doentes, disponibilizando elementos que potencialmente podem permitir uma análise de resultados clínicos, dos recursos utilizados, confrontar a eficácia de tratamentos alternativos e avaliar o desempenho hospitalar. Constitui, segundo Markson, et al (1991), um indicador de resultados dos cuidados, dadas as potencialidades de classificação.

Ao fornecer o registo da data e severidade da doença no momento da admissão hospitalar e no momento da alta, permite não só analisar a prestação de cuidados durante o internamento, o tempo de internamento, mas também os cuidados prestados em ambulatório, caso sejam requeridos. A este nível, torna-se importante diferenciar os conceitos de admissões atempadas, preventivas ou tardias, dado que a severidade no momento da admissão pode traduzir a qualidade destes cuidados (GONNELLA, LOUIS, 1988)

Uma vez que a etiologia e estadio da doença estão directamente relacionados com a alocação dos recursos, estes devem ser considerados nas análises, quer do desempenho médico individual, quer da linha de produção de um hospital, quer ainda da instituição no seu todo (USA. MEDSTAT, 2004).

Todavia, apenas os “modelos administrativos” de ajustamento pelo risco, que utilizam dados constantes do resumo de alta, são possíveis de utilização no nosso país, enquanto não for alterada a folha de admissão hospitalar e registos informáticos do resumo da alta (COSTA, 2005). A questão mais relevante da limitação na utilização do “modelo administrativo” face ao “modelo clínico”, prende-se com o facto do primeiro não permitir o registo de um diagnóstico secundário no momento da admissão, elemento este fundamental na caracterização da condição clínica do doente, uma vez que pode explicar a persistência de alguns quadros clínicos, já presentes no momento da admissão, ou se estes advêm da prestação de cuidados hospitalares. Por esta razão, a não possibilidade de registo do diagnóstico secundário, no momento da admissão, limita francamente a interpretação dos resultados (USA. MEDSTAT, 2004).

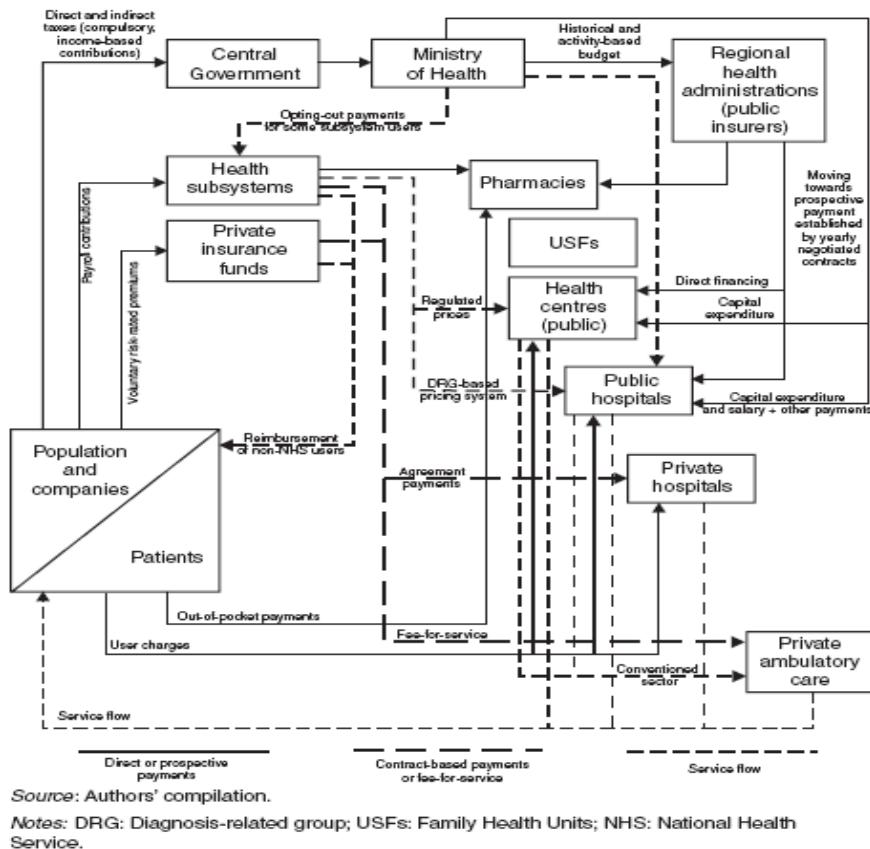
Por outro lado, valorizando os GDH a quantidade de recursos necessários para tratar determinada condição clínica, expressando deste modo a sua complexidade e o *Disease Staging* a gravidade, torna-se relevante a introdução também deste último sistema de classificação de doentes para poder avaliar o perfil das admissões hospitalares segundo estas duas perspectivas, não só por permitir uma maior transparência e consenso relativamente a padrões de efectividade, eficiência e qualidade do Produto em questão como pelo facto de possibilitar um financiamento mais adequado à prestação dos cuidados necessários.

6 - O SISTEMA DE SAUDE PORTUGUÊS:

O Sistema de Saúde Português é actualmente caracterizado pela coexistência sobreposta de três sistemas: o Serviço Nacional de Saúde (SNS); os subsistemas, públicos e privados (regimes de seguros para determinadas profissões) e os seguros de saúde voluntários, privados.

É assim constituído por uma rede de prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, cada um deles ligado ao Ministério da Saúde e aos utentes de modo próprio.

Fig. nº.2: Representação gráfica do Sistema de Saúde Português.



Fonte: Barros e Simões: Portugal Health system review (2007)

O Serviço Nacional de Saúde presta, predominantemente, cuidados de agudos, hospitalares. As consultas de especialidade de odontologia, serviços de diagnóstico, hemodiálise, e fisioterapia, são áreas cujos cuidados são mais comumente prestados no sector privado. Concretamente, no caso dos serviços de diagnóstico, hemodiálise e tratamentos de fisioterapia, a prestação de cuidados é realizada mediante o estabelecimento de acordos contratuais com o SNS. Relativamente à especialidade de odontologia, apesar de teoricamente não haver exclusão de serviços pela cobertura do SNS, não há, no entanto, cobertura para esta área de prestação. Existem, paralelamente, lacunas na prestação devido a desequilíbrios geográficos (BARROS, SIMÕES, 2007).

6.1 - Breve Enquadramento Histórico

Até 1971, o governo não assumia a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde à população. Esta, estava a cargo de pequenos subsistemas independentes e descoordenados. Em 1971 é reconhecido o direito à saúde dos cidadãos.

Após a revolução de 1974, inicia-se então um processo de reestruturação dos serviços de saúde, que culminou na criação do Serviço Nacional Saúde (SNS), em 1979.

O princípio do direito dos cidadãos à saúde foi consagrado na Constituição Portuguesa em 1976, direito esse proporcionado de forma “universal, global e gratuita”, que depois da revisão da Constituição em 1989, substituiu o termo "gratuito" por "aproximadamente gratuito".

Antes de 1979 e da criação do SNS, o Estado Português deixava a responsabilidade pelo pagamento de cuidados de saúde para o cidadão/utente e para a sua família. Os cuidados a ter com os pobres eram da responsabilidade das misericórdias e centros de atendimento de assistência social. O Estado só assumia a plena responsabilidade dos custos dos cuidados de saúde para funcionários públicos. Era um provedor que se limitava à prestação de cuidados de cuidados de saúde materna e infantil, e algumas intervenções no controle de doenças infecciosas e saúde mental.

Apesar do desenvolvimento de um financiamento público unificado e da incorporação das facilidades do sistema de cuidados à maior parte das instalações sanitárias, persistiram alguns aspectos do sistema pré-SNS, em particular, os subsistemas de saúde, que continuaram a cobrir uma variedade de empregados públicos e privados. Estes regimes possibilitavam (e possibilitam) uma maior oferta de escolha de prestadores, do que seria possível no âmbito do SNS e um nível mais elevado de reembolso quando os utentes recorriam aos prestadores privados.

A natureza universal e abrangente do Serviço Nacional de Saúde, definida na sua criação (1979), tem-se mantido desde então.

6.2 - As Reformas do Sistema de Saúde Português

As principais reformas introduzidas têm-se centrado em áreas de intervenção como a promoção da saúde, cuidados de saúde primários e atendimento de ambulatório,

cuidados de longa duração, gestão hospitalar e cuidados hospitalares e mercado farmacêutico.

Têm como referência os princípios orientadores definidos na Conferência de Ljubjana (WHO, 2008):

- Regidas por valores de equidade,
- Uma definição clara de objectivos face aos ganhos em saúde pretendidos,
- Centradas nas necessidades dos cidadãos,
- Assentes numa estratégia de melhoria contínua, com base numa avaliação de custo-efectividade,
- Baseadas num financiamento sólido, que permita um acesso equitativo de forma sustentável,
- Orientadas para os cuidados de saúde primários,
- Uma abordagem preventiva e curativa a todos os níveis de intervenção assim como reabilitar e prestar cuidados paliativos,
- Reforço da tomada conjunta de decisão prestador/utente (consentimento livre informado),
- Promoção da integralidade e continuidade dos cuidados de saúde nos ambientes adequados.

Têm procurado transferir o enfoque da governação dos “recursos” para os “resultados” e da “organização e financiamento da oferta” para a “melhoria do desempenho da oferta”. Os processos de contratualização do desempenho são o principal instrumento desta transição (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2007).

Na assistência hospitalar os principais desafios têm-se colocado na redefinição do papel dos hospitais no Sistema de Saúde, em articulação com os cuidados de saúde primários e cuidados continuados (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2007).

Desde 2005 que as iniciativas políticas têm procurado dar maior destaque aos cuidados de longa duração através do desenvolvimento de uma rede integrada de cuidados. Esta rede tem como principal objectivo reduzir as admissões a cuidados hospitalares e os custos que lhe são inerentes, intervindo, a menor custo, de forma mais atempada e controlada no contexto da comunidade (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2007).

É contudo nos cuidados de saúde primários que está o alvo da grande mudança. Tal como no resto da Europa, em resultado da desadequação dos serviços de saúde que se vem sentindo desde a década de 70 do século passado, que os cuidados de saúde primários, desde que com a adequada coordenação, são encarados como a solução para um melhor funcionamento do sistema. São considerados como sua porta de entrada, com uma orientação para a comunidade, centrada nas necessidades dos cidadãos, através de um trabalho em equipa multidisciplinar, responsável e com autonomia, com instrumentos de informação que possibilitem a avaliação e a contratualização, que conduzam a uma melhoria contínua da qualidade (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2008).

O resultado e sucesso das medidas introduzidas serão avaliados em função do impacto na concretização dos seguintes objectivos (Docteur e Oxley; citados por PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, 2007):

- Acesso atempado aos cuidados necessários.
- Melhoria da qualidade da prestação e dos resultados nos cuidados de saúde.
- Utilização adequada dos recursos (eficiência macro-económica).
- Efectividade e eficiência dos serviços prestados (eficiência micro-económica).

São exemplo de algumas medidas o Decreto-Lei nº 281/2003, de 8 de Novembro que aprova a Rede de Cuidados Continuados, constituída por “todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos, em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional...” (pág. 5), (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2004).

Em Junho de 2006, o Dec. Lei nº101/2006, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, mencionada na 2ª Grande Opção do Plano de 2007, como

forma de prestar cuidados individualizados e humanizados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, com base num programa que procura articular competências entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social. A mesma opção, refere também a implementação de serviços comunitários de proximidade, com articulação entre os diversos sectores intervenientes, nomeadamente com as Unidades de Saúde Familiares (USF), hospitais, unidades de cuidados continuados, unidades de cuidados paliativos e instituições de apoio social.

A este propósito, torna-se relevante destacar que o conceito de integração de cuidados emergiu na última década, nos países industrializados, tendo subjacente a ideia de prestação cuidados de saúde aos indivíduos, *quando* e *onde* necessitam (VONDELING, 2004). As rápidas mudanças tecnológicas na saúde (ao contrário de outros sectores, em que trazem vantagem económica) e o envelhecimento da população (pelas características dos cuidados que envolvem), constituem os principais factores de pressão sobre os serviços de saúde dos países industrializados, desafiando a demonstrações financeiras de sustentabilidade dos sistemas de saúde, que se pretendem baseados em valores de igualdade de acesso e a cuidados de elevada qualidade. Por outro lado, os custos reais dos recursos para uma utilização específica, não se traduzem apenas nos custos do programa orçamental, mas nos resultados potencialmente alcançados em saúde.

Para alguns autores, a integração de cuidados é, essencialmente, um método gestionário com uma hierarquia predominantemente “top – down”, orientado por exigências organizacionais de perfeição e optimização enquanto para outros, é visto segundo uma lógica “patient – centered”, “bottom – up”, em que as características e necessidades dos doentes, face ao seu enquadramento no sistema, determinam *o quê, como* e *onde* é necessário intervir. Em qualquer caso, pelo facto de ter sido concebido numa perspectiva de *custo-efectividade*² e de *minimização de custos*³ (VONDELING, 2004), são programas que impõem a definição de uma estratégia para uma contabilidade analítica, suportada numa informação em função dos objectivos, a fiabilidade dos dados para os quais a informação é necessária, a possibilidade da sua agregação de forma relevante para as

². Análise económica na qual se pressupõem que os custos dos cuidados de saúde estão ligados a um único efeito, comum, que pode diferir em magnitude entre programas alternativos. Os resultados são expressos em “efeitos em saúde”, tais como “número de casos tratados com sucesso” ou “anos de vida ganhos”(Shepperd et al,1998, citado por VONDELING, 2004)

³ Análise económica que consiste em identificar o menor custo alternativo quando se assume, ou já foi demonstrado, que a alternativas em comparação produzem resultados idênticos (Shepperd et al, 1998, citado por VONDELING, 2004)

situações em análise e a sua reavaliação periódica. Traduzem-se pois numa organização do sistema que apoie e responda às necessidades de saúde dos cidadãos, como um “smooth continuous”, que permita um transitar harmonioso entre os diversos tipos de prestação de cuidados, de forma a garantir uma acessibilidade, uma mobilidade informada e consequente optimização dos escassos recursos existentes.

Recentemente, mais uma vez reconhecendo os cuidados de saúde primários como o pilar central de todo o sistema, o Decreto-Lei nº 28/ 2008 de 22 de Fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais com a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica. Os referidos agrupamentos contam com as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP).

Para a concretização destes objectivos, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010, relativamente à política dos recursos humanos, refere a carência de profissionais e a assimetria da sua distribuição como um dos obstáculos ao desenvolvimento dos projectos de saúde e define, como orientação estratégica e intervenção necessária, o reconhecimento e a devida valorização das profissões emergentes.

6.2.1 - Os Principais Problemas da Capacidade de Resposta:

Apesar da introdução do conjunto de medidas acima mencionadas, o processo de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde continua a enfrentar problemas que comprometem a sua eficácia e capacidade de resposta, persistindo, como principal desafio, implementação do Plano Nacional de Saúde 2004/2010 e a monitorização dos resultados alcançados em termos de ganhos de saúde.

Assim, continuamos a observar (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2008; BARROS, SIMÕES, 2007):

- Uma elevada utilização dos hospitais e dos seus serviços de urgência;
- Longas listas de espera para procedimentos cirúrgicos;
- Elevados níveis de despesas em saúde e dificuldades com o controlo dos custos;
- Dificuldade de integração efectiva dos diversos níveis de cuidados;

- Carência de cuidados continuados;
- Escassa cultura de qualidade;
- Défice organizacional dos serviços de saúde

Todos estes aspectos, induzidos em grande medida por:

- Falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, aspectos que se vêem claramente evocados no Relatório Primavera de 2008:

“A insuficiência na avaliação de resultados tem importantes e deletérias consequências no desempenho e, provavelmente, na própria sobrevivência do SNS, pois impossibilita a determinação do valor da sua actividade” (pág.9); “Invocando dificuldades na avaliação quantificada do que é “viver mais e melhor”, tornou-se hábito avaliar, em vez disso, as estruturas ou os processos.... A tal ponto que, muitas vezes, os meios substituem os fins.” (pág. 10); e ainda: “Tudo o que aproxime a exploração dos serviços de saúde a critérios de produção e a modos de financiamento discretos, afastando-a da avaliação de resultados globais do tratamento dos utentes e de uma remuneração de acordo com o valor desses resultados, é causa potencial de ineficiência e de desperdício” (pág. 14), (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2008).

6.3- O Financiamento do Sistema de Saúde Português

Como a maioria dos sistemas europeus, o Sistema de Saúde Português é uma mistura de financiamento público e privado.

Apesar destas duas fontes de financiamento, Portugal, tal como a Grécia, Itália e Espanha, enquadram-se no grupo de países que, recentemente, iniciaram um processo de transformação de um sistema baseado no seguro social para um financiamento baseado em impostos.

A principal fonte está nos impostos indirectos, que representam cerca de 60% do total das receitas. Os impostos sobre o rendimento são uma das fontes de receita, que compreende 39% do total das receitas fiscais. O imposto sobre o consumo de tabaco, representa mais de 6% desse montante. (BARROS, SIMÕES, 2007).

O financiamento privado é constituído, principalmente, por pagamentos directos por parte do utente (22,5%), no qual se incluem medicamentos não comparticipados, taxas moderadoras pagas pelos utentes do SNS (1%), consultas médicas, nomeadamente as de odontologia, tratamentos de fisioterapia excluídos da cobertura pública e ainda, em

menor escala, os prémios de seguros privados (2,4%). Estes últimos têm registado uma expansão baseada na complementaridade de produtos face ao SNS e apresentam um elevado nível de concentração, não manifestando interesse em segurar populações com maior nível de risco nem de apresentar uma oferta extensiva de forma a permitir uma cobertura integral (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Os subsistemas de saúde, públicos (6,7%) e privados (2,2%), constituem outra fonte de recolha de fundos. São financiados por contribuições compulsórias, de acordo com o nível de rendimento, dentro do grupo profissional abrangido ou da empresa, respectivamente. Tem-se constatado que, progressivamente, esta fonte de financiamento se vai posicionando como complementar face ao SNS. Têm sofrido uma elevada pressão nos custos (superior à do SNS) e implementado um conjunto de medidas de modo a aumentar as receitas e conter as despesas (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, 2007). Funcionam como um sistema de saúde no qual uma fracção considerável da população beneficia de mecanismos de protecção em situação de necessidade de cuidados médicos para além do SNS. O maior desses sistemas adicionais de protecção é a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado), que cobre os funcionários públicos.

O orçamento para as despesas totais do SNS é definido anualmente pelo governo, no seu plano orçamental, verificando-se, todavia, que as despesas em saúde, tal como na generalidade dos países da OCDE, ultrapassam os limites orçamentais definidos, levando a um reforço orçamental suplementar.

Para além das transferências directas do orçamento do estado, o SNS aumenta a sua própria receita, gerada principalmente pelos hospitais, através de pagamentos recebidos por serviços especiais, tais como quartos particulares, pagamentos dos beneficiários de subsistemas de saúde e seguradoras particulares, pagamentos recebidos pela locação de instalações e equipamento, renda dos investimentos, entre outros (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

6.3.1 - A Contratação de Prestadores Privados pelo Serviço Nacional de Saúde

No desenvolvimento das bases gerais do regime jurídico que viabiliza a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS por entidades privadas previamente acordadas com o Ministério da Saúde, o SNS, primeiro através da Direcção Geral de Saúde (DGS) e, posteriormente, através das Administrações Regionais de Saúde (ARS), recorre à contratação da prestação de serviços do sector privado.

Segundo dados apresentados no estudo “Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS (PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DE SAÚDE, 2006), a ARS dispõe de 46,5% do orçamento do SNS, sendo 60% dessa quantia destinada a pagamentos de subcontratos, dos quais, 35% são para o sector convencionado. Tal percentagem traduzia, em termos financeiros, em 2004, 9,6% da despesa total do SNS e 0.5% do PIB (Produto Interno Bruto).

Para além do transporte de doentes e internamentos, a grande maioria das convenções diz respeito à aquisição MCDTs (Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica), nos quais se englobam as Análises Clínicas, a Diálise, a Imagiologia e a Medicina Física e de Reabilitação (MFR), correspondendo estas valências a 85% da facturação dos serviços prestados, segundo dados do IGIF do 1º semestre de 2006 (PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DE SAÚDE, 2006).

A contratação da prestação de cuidados de Fisioterapia e Reabilitação por parte do SNS, faz-se deste modo sob a forma de contratos de adesão (os termos do contrato são definidos unilateralmente, limitando-se o potencial contratado a aceitar caso esteja interessado), definida por clausulados da década de oitenta, mais concretamente homologados em 1985 e não pelo Regime Jurídico das Convenções estabelecido pelo Decreto-Lei Nº 97/98, de 18 de Abril, que visava regulamentar o regime de celebração de convenções entre o Ministério da Saúde e entidades privadas para prestação de cuidados aos utentes do SNS.

Desde então, a celebração de convenções desta área de prestação de cuidados tem-se caracterizado por períodos de “fecho” intercalada com outros de “abertura”, representando, na sua globalidade, em 2006, cerca de 63% do total desse mercado. No que se refere aos acordos celebrados com IPPSS (Instituições Particulares de

Solidariedade Social), que obedecem a um regime próprio, estas representam 15% do mercado total das convenções, sendo 61% destas convenções respeitantes a acordos realizados com Misericórdias (PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2006).

Relativamente à contratação da prestação de cuidados de Fisioterapia e Reabilitação pelas restantes entidades pagadoras (sub-sistemas e seguros), não se encontraram elementos disponíveis na literatura e até mesmo junto das próprias entidades, que possibilitassem a sua caracterização.

7 - A FISIOTERAPIA E A REABILITAÇÃO EM PORTUGAL

7.1- Identificação das Necessidades

A saúde dos indivíduos e das comunidades é determinada por um conjunto de factores combinados. São factores de ordem genética, comportamental (hábitos), ambientais (poluição, habitação, educação, nível socio-económico) e o acesso aos cuidados de saúde, quando necessário.

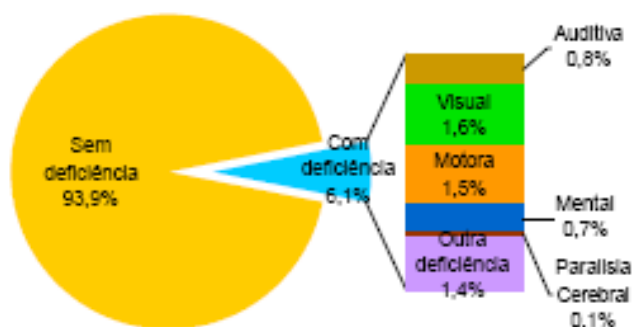
O conceito de *necessidade de cuidados de saúde* é deste modo utilizado para definir a precisão da prestação destes cuidados que permita melhorar o estado de saúde do indivíduo ou população (PEREIRA, 2004).

Podem identificar-se três tipos de necessidades (Williams, 1979; citado por PEREIRA, 2004): as *necessidades sentidas*, identificadas pelos indivíduos; as *necessidades expressas*, as que levam à procura de cuidados, apresentadas aos serviços de saúde; e as *necessidades normativas*, definidas e identificadas pelos profissionais.

Com o intuito de dar apenas uma visão aproximada do que possam constituir as necessidades de cuidados de Fisioterapia e Reabilitação em Portugal, recorreremos aos resultados do Censos de 2001 (INE, 2002), baseado nas necessidades sentidas: “a resposta baseia-se na autopercepção que cada pessoa tinha em relação às suas características individuais ou dos membros da família em relação aos quais estava a prestar informações” (pág.1).

Os seus resultados revelam que o número de pessoas com deficiência, nesse ano, cifrava os 634 408, das quais 333 911 eram homens e 300 497 eram mulheres, representando 6,1% da população.

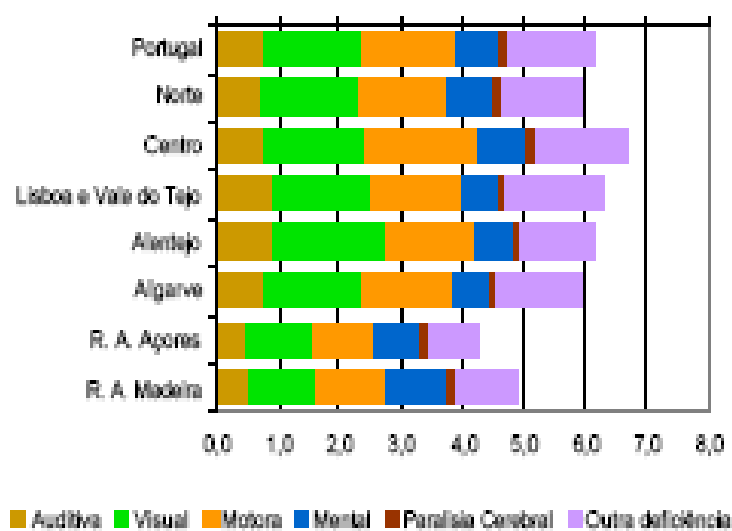
Gráfico nº.1: Taxa de incidência desagregada por tipos de deficiência, Portugal 2001



Fonte: INE, 2002

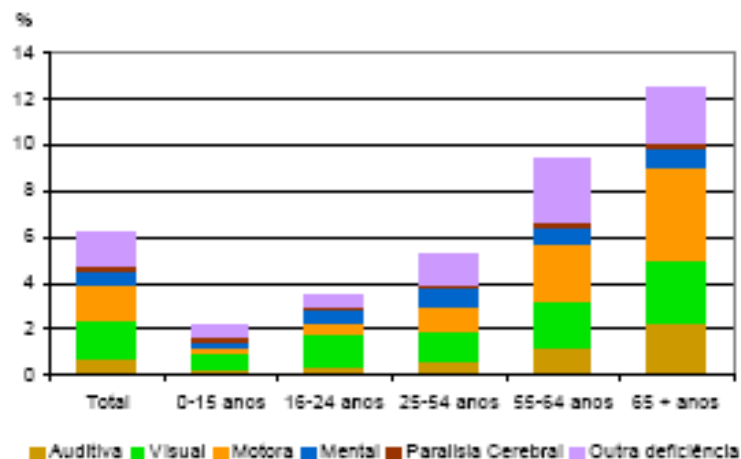
A taxa de incidência das deficiências visual, motora e outra deficiência registaram os valores mais elevados em todas as regiões do País.

Gráfico nº.2: Taxas de Incidência de deficiência segundo o tipo, Portugal e NUTS II 2001



Fonte: INE, 2002

Gráfico nº.3: Taxas de incidência de deficiência segundo o tipo, por grupos etários, Portugal 2001



Fonte: INE, 2002

A distribuição percentual do total de pessoas com deficiência, segundo o tipo por idades, revelava que a importância relativa da paralisia cerebral é bastante superior entre a população jovem e que vai perdendo importância nas idades mais elevadas. Entre a população deficiente com menos de 16 anos a importância relativa dos indivíduos com paralisia cerebral era de 17,5%, representando mais 11,4 pontos percentuais que a proporção do total de pessoas com deficiência com a mesma idade (6,1%).

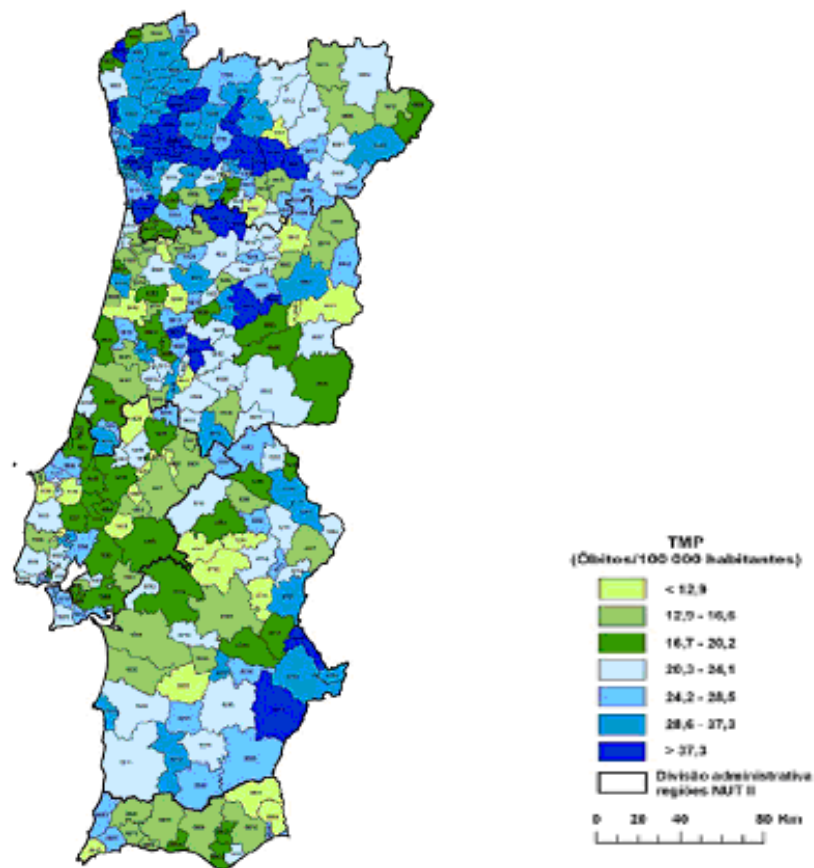
Verificou-se ainda que a importância relativa das deficiências auditivas e motoras aumentava em função da idade dos indivíduos, sendo entre a população idosa que incidiam as maiores taxas de deficiência. Nesta população, a deficiência motora apresentava a taxa mais elevada com valores entre os de 4,5% na região Centro seguida do Alentejo. Foi neste grupo da população que se observaram as taxas de incidência mais elevadas em qualquer dos tipos de deficiência, com excepção da deficiência mental cuja taxa se apresentou semelhante em todos os grupos etários. Constatou-se, ainda entre a população idosa, a superioridade numérica das mulheres, quer na população total, quer na população com deficiência. Contudo, comparando a estrutura das populações feminina e masculina, idosa total e idosa com deficiência, verificou-se que os homens com deficiência são, proporcionalmente, em número mais elevado que as mulheres.

A estes dados terá provavelmente cabimento acrescentar a incidência das doenças crónicas do foro respiratório que potencialmente necessitam da prestação de cuidados

fisioterapia⁴, cujo Inquérito Nacional de Saúde (2005 / 2006), citado pelo Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias de 2007, revela uma taxa incidência na população de Portugal Continental de 9,3% (asma, bronquite ou enfisema).

O mapa que se segue, resultado de um estudo do Observatório Nacional de Saúde, no âmbito do Projecto GEO Fases, e citado pelo relatório acima referido, permite caracterizar a distribuição regional das taxas de mortalidade e internamento, a nível de distrito e concelho, para os anos de 2000 a 2004, relativamente à DPOC e perspectivar a potencial necessidade de cuidados de fisioterapia para esta condição clínica crónica.

Fig. Nº.3: Distribuição regional das taxas de mortalidade e internamento, a nível de distrito e concelho, para os anos de 2000 a 2004, relativamente à DPOC.



Fonte: Portugal. Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2007

⁴ As outras condições clínicas crónicas como as doenças cardiovasculares, diabetes e as doenças reumáticas, pelas limitações motoras que lhes estão habitualmente associadas, muito provavelmente, já se encontram englobadas nas taxas de incidência mencionadas pelo Censos de 2001

7.2 - A capacidade de resposta no Contexto Estrutural Português

O estudo “ *Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação*” da Entidade Reguladora da Saúde, de 2008, procurou identificar as situações conducentes a iniquidades no acesso à prestação de cuidados de Reabilitação.

Começa por definir a especialidade de Medicina Física e de Reabilitação como a especialidade médica com o “...*objectivo de contribuir para a reabilitação/recuperação do indivíduo afectado funcionalmente*” (pág. 3). Diz ainda que é no âmbito desta especialidade que são prestados, entre outros, os cuidados de Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional.

Na impossibilidade de definir o perfil típico do utente, por não haver registos de informação sobre as características dos utentes que utilizam este tipo de serviços, procura caracteriza-lo, genericamente, com base nos principais factores que motivam a necessidade deste tipo de serviços de saúde, recorrendo, para isso, ao site da *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, ao 4º *Inquérito Nacional de Saúde* (2005/2006), à *Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação* (2002), ao *Manual Merck* e ao *Portal da Saúde* do Ministério da Saúde.

Agrupa então o utente típico destes serviços em função das razões que o levam à sua utilização como:

- Indivíduos de estratos etários mais elevados nos quais existe uma maior incidência de doenças crónicas geradoras de incapacidades prolongadas.
- Indivíduos com sequelas de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE), lesões vertebro-medulares e outras situações de politraumatismos assim como as amputações (traumáticas ou cirúrgicas). Considera ainda a este nível as lesões provocadas pela prática desportiva.
- Indivíduos com sequelas neurológicas derivadas da gestação e do parto.

Identificou um total de 617 serviços, correspondendo, destes, 75% a entidades privadas, 14% a entidades do sector social, e 11% a entidades públicas.

Dispõem, estes serviços, de um total de 4.187 profissionais, encontrando-se 56,4% no sector privado, 19,3% no sector social e 24, % no sector público. Destes profissionais, 29% são médicos, 45% fisioterapeutas, 5% terapeutas ocupacionais, 4% terapeutas da fala e 16% de outros profissionais.

A estrutura típica dos serviços encontrada revelou-se ser constituída por 4 profissionais, dos quais 1 é médico e 2 são fisioterapeutas⁵. Considera que por ser esta a estrutura típica, esta dimensão se configura como *“a dimensão mínima suficiente para garantir viabilidade económica na prestação de cuidados de MFR de qualidade”* (pág. 28), acrescentando em nota de rodapé: *“Caso contrário, seríamos forçados a concluir que mais de metade dos serviços de MFR existentes em Portugal não têm viabilidade económica para prestar serviços de MFR com qualidade”* (pág.28).

Constatou ainda, o referido estudo, que:

- Existem, em média, 6 serviços por 100.000 habitantes.
- Cerca de metade dos serviços tem menos de 5 profissionais, constituídos por 1 a 2 médicos e 1 a 4 fisioterapeutas.
- Existem 4,15 profissionais de saúde deste sector por 10.000 habitantes.
- A distribuição dos profissionais revela-se francamente heterogenia:
 - Os 10% dos serviços mais pequenos têm 1% do total dos profissionais,
 - Os 10% maiores concentram 37% do total de profissionais.
- O alcance dos serviços, calculado com base num estudo empírico do fluxo dos utentes e da distância por estes percorrida desde o local da residência até ao serviço, concluiu que:
 - 74, 3% dos utentes efectua deslocações iguais ou inferiores a 15 km,
 - 14,6% percorre uma distância entre os 15 e 30 km,
 - Dos restantes 11% da população estudada, 8% percorre uma distância que se situa entre os 35 e 45 km.
- Nas zonas onde a densidade populacional é menor (maior dispersão geográfica), existe uma maior escassez dos serviços, levando à necessidade de percorrer grandes distâncias.

⁵ Tendo por base a mediana e não a média dado que o valor médio se encontra fortemente afectado pela existência de poucos serviços com muitos profissionais

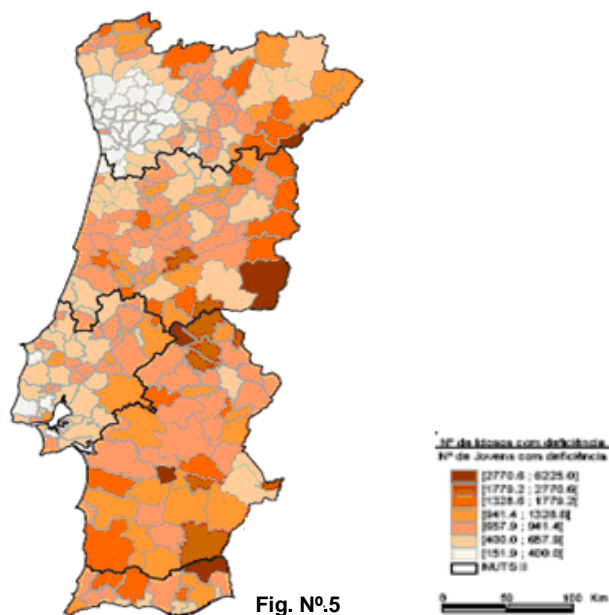
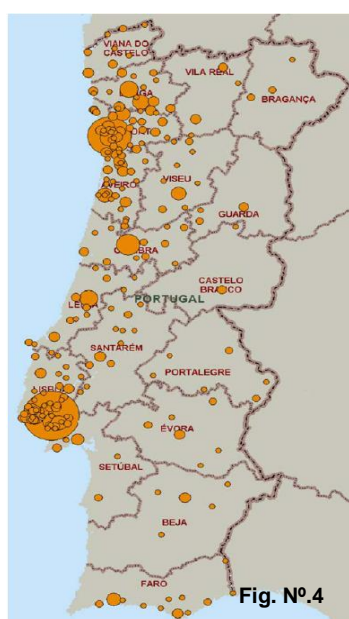
- A capacidade de resposta face à totalidade dos profissionais de saúde por 10.000 habitantes (tendo em conta os seguintes indicadores: i) percentagem de habitantes com mais de 65 anos; ii) taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares, medida pelo nº de óbitos em 100.000 habitantes, como indicador de prevalência destas doenças; iii) incidência de feridos graves por 10.000 habitantes em acidentes rodoviários; iv) nº de inscritos em federações desportivas por 100 habitantes) permitiu concluir que:

- Apenas os dois últimos indicadores apresentaram uma significância estatística para um nível de confiança de 95%, apresentando-se com sinal negativo para os feridos graves e com sinal positivo para a prática desportiva.

- Relativamente aos dois primeiros indicadores, nas RRAS em que a população é mais idosa e a incidência da mortalidade por doenças cerebrovasculares é maior, não se fazem acompanhar de uma maior oferta.

A análise dos mapas que se seguem, permite, comparar a distribuição dos serviços face à distribuição dos idosos com deficiência.

Fig. Nº.4: Distribuição de unidades de reabilitação
Fig. Nº.5: Distribuição da população idosa com deficiência



Fonte: PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAUDE, 2008. Fonte: PORTUGAL. INE, 2001

Perante a identificação desta realidade, o referido estudo vê no número total de fisiatras (que considera manifestamente insuficiente) o principal factor impeditivo ao alargamento da rede de prestação de cuidados deste sector: considera que perante a actual legislação

e o número de médicos fisiatras existente⁶, seriam necessários cerca de mais 275 para assegurar a direcção técnica das unidades já existentes e ainda mais 160 para manter em funcionamento os serviços do SNS, ao ter em conta o número de hospitais da plataforma A, B e Centros de Reabilitação previstos na Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação (2002).

Um outro facto mencionado é o que diz respeito ao encerramento das convenções, considerando que a possibilidade de aceder a estas constitui, igualmente, um factor crítico para alteração deste cenário: “ *a viabilidade económica das unidades de MFR depende fortemente da possibilidade de obter convenção com o SNS...*” (pág. 35), (PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2008).

Por sua vez, SOUZA-GUERRA (2008), numa análise feita à luz dos proclamados pressupostos das reformas do Sistema de Saúde Português, considera que não são os factores acima mencionados (falta de fisiatras) os responsáveis pelas insuficiências da resposta deste sector, mas antes falta de adequação da configuração das suas estruturas relativamente ao que formalmente é a sua razão de existir (nomeadamente, no que toca ao enquadramento e posicionamento dado à fisioterapia).

Sublinhando as afirmações anteriores, refere esta autora, a nível dos cuidados de saúde primários, a existência de um número tão diminuto de fisioterapeutas que se torna impensável a sua participação em todas as áreas para que estão vocacionados (já mencionadas). Por outro lado encontramos em Centros de Saúde fisioterapeutas a trabalhar na área dos cuidados curativos.

Nos cuidados continuados, o apoio do fisioterapeuta é pontual, não se encontrando nos documentos publicados menção ao papel desempenhado por estes profissionais de saúde nas equipas pluridisciplinares que os prestam. Considera ainda esta autora que, à semelhança do que se passa na Europa, para uma efectiva resposta às necessidades da população, é imperiosa uma rápida integração dos fisioterapeutas naquelas equipas actuando em articulação com as instituições de saúde e de apoio social.

⁶ Embora o estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2008) refira a existência de 1223 médicos na prática clínica desta sector (pág. 8), a verdade é que o mesmo estudo refere a carência destes profissionais e faz a estimativa do rácio que considera necessário com base no número de médicos fisiatras inscritos na Ordem dos Médicos (482), (pág.30).

7.3 - Enquadramento Legal da Profissão de Fisioterapeuta em Portugal

A Fisioterapia é, hoje em dia, uma profissão autónoma, que pressupõe a posse de habilitações de nível superior, legalmente reconhecidas pela legislação portuguesa, (DECRETO-LEI nº261/93, de 24 de Julho) e o respeito por um código ético e normas deontológicas específicas.

Em 1993, o Ministério da Saúde define, pela primeira vez, fisioterapia no âmbito do processo de regulamentação global das actividades paramédicas, da seguinte forma: "A fisioterapia centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida" (DECRETO-LEI nº261/93. pág.3996)

Esta definição caracteriza a profissão, enquadrando a especificidade dos seus processos de intervenção, numa lógica de complementaridade com as restantes profissões de saúde. Menciona que a identidade da fisioterapia reside no seu modelo de intervenção, centrado numa avaliação sistemática, numa perspectiva de resolução de problemas (processo da fisioterapia), e na natureza dos seus meios de intervenção, que são genericamente descritos como essencialmente baseados no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais. Vê-se aqui igualmente plasmado, como inerente à própria profissão, a função de educador.

Seis anos depois, o Decreto-Lei no 564/99 de 21 de Dezembro, que especificamente define o estatuto legal (objecto, âmbito, natureza e estrutura da carreira) dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, proclamando no seu preâmbulo que: "...visa, ... dotar a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica de um estatuto que melhor evidencie o papel dos profissionais no sistema de saúde...", prosseguindo ainda "... tem subjacente o reconhecimento da necessidade de uma reestruturação mais aprofundada que compatibilize o respectivo exercício com o processo de reforma do ensino em curso, ... de modo a torná-las mais consentâneas com o seu grau de desenvolvimento" (pág. 9083), acrescentado, que em conformidade com a natureza e objectivos das suas funções lhes cabe: "...conceber, planejar, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho..." (pág. 9084), a verdade é que decorridos dez anos sobre o quadro de

intenções então proclamado em diploma legal, ainda não foi assumido na prática organizativa do processo de trabalho.

Paradoxalmente, surge, três anos após a sua publicação, o Aviso n.º 9448/2002 (DIÁRIO DA REPÚBLICA - II Série nº119, 2002), referente ao Manual das Boas Práticas da Medicina Física e Reabilitação, que insere os Fisioterapeutas no vastíssimo leque de profissões e actividades que actuam no âmbito dessa especialidade médica, à qual ficam subordinados: *“Os técnicos colaboradores são fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e ortoprotésicos”* (pág.14796), existindo ainda *“outros colaboradores técnicos”, “os auxiliares de fisioterapia, enfermeiros incluindo os enfermeiros de reabilitação, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de educação física, massagistas, auxiliares de acção médica.”* (pág. 14796). O referido documento acrescenta ainda: *“Todos os actos terapêuticos praticados no âmbito das actividades da clínica deverão ser executados no respeito pelas indicações, prescrição e conhecimentos médicos, sendo para tal exigido que todos os programas terapêuticos sejam prescritos em consulta médica fisiátrica”* (pág. 14798).

Não pode portanto deixar de surpreender este posterior Aviso, publicado em 2002 – Manual de Boas Práticas da Medicina Física e Reabilitação – o qual parece representar um retrocesso da doutrina enunciada no Decreto-Lei nº 564/99. Subsiste, como questão essencial, o saber-se que factores têm condicionado as oscilações que são possíveis detectar no pressuposto legislativo, sem correspondência com a consistência, estabilidade e evidência disponível no conhecimento científico actual.

Talvez esta realidade encontre justificação na menção feita por DUSSAULT (1988), segundo o qual, a distribuição dos privilégios profissionais reflecte a distribuição do poder numa sociedade, fazendo-se a sua legitimação em termos das ideologias dos grupos dominantes. Entendemos, no contexto da citação anterior, a expressão *privilégio* como significando a preservação de um posicionamento na prática organizativa da prestação destes cuidados, com base em interpretações redutoras do conteúdo normativo constante nos citados diplomas legais.

7.4- Posicionamento e Papel da Fisioterapia em Portugal

Apesar do enquadramento normativo, persiste um enquadramento funcional e um posicionamento da fisioterapia no Sistema de Saúde Português que a coloca no papel de agente face à especialidade de Medicina Física e Reabilitação, para concretização das intervenções terapêuticas, em consonância com o seu modelo de financiamento. A persistência deste desajustamento, entre o normativo legal e o modelo de financiamento, acaba por ser demonstrativo da prevalência do elemento *financiamento* na prática organizativa do sistema, maugrado as intenções subjacentes à sua reestruturação. É reflexo disso, a recente definição da estrutura organizativa dos Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários.

Com base nos desideratos legislativos do Decreto-Lei nº101/2006, o documento *“Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde primários. Carteira de Serviços”* (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), apresenta como conceitos e princípios de intervenção: *“Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia”* (pág.9), *“Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia”* (pág. 9), *“As actividades a desenvolver devem incluir ... reabilitação de carácter geral e as específicas”* (pág.10). Tem na realização das Visitas Domiciliárias o meio através do qual se realiza a *“...avaliação e detecção de necessidades/problemas do doente, da família, bem como contemplar a resposta às mesmas através de um plano integrado de intervenção”* (pág.8).

Perante a relevância aqui atribuída à Reabilitação, expressa nos objectivos visados, constata-se no entanto que, nas situações em que o início do processo de referenciação para fisioterapia for desencadeado pela “Visita Domiciliar” (a outra será o hospital através da Equipa de Gestão das Altas), a avaliação dos níveis de funcionalidade e autonomia será realizada pela enfermagem (constam da sua folha de avaliação), pelo que é esta que passa a determinar, num primeiro momento, da necessidade da fisioterapia no processo de Reabilitação, à qual se sucederá a consulta médica para prescrição dos tratamentos inscritos na tabela de preços.

A triagem a que a intervenção da fisioterapia fica sujeita, deixa, seguramente, margem para limitar o acesso perante as reais necessidades existentes em Reabilitação, sobretudo porque, a especificidade da análise do movimento funcional e das limitações motoras que lhe possam estar associadas, inserem-se num corpo de conhecimentos e

saberes não abrangido pela profissão de enfermagem, comprometendo, deste modo, o custo-eficácia das intervenções e os ganhos em saúde e qualidade de vida que se querem ver alcançados.

Há que ter presente, que o ganho de funcionalidade e autonomia, tão mencionados, implicam, não só, uma adequada avaliação e desenvolvimento do potencial funcional existente, mas a conjugação desse factor com a adaptação das condições físicas envolventes (nomeadamente através da adaptação de mecanismos facilitadores) aos aspectos específicos limitantes do indivíduo, o que, no caso de condições clínicas crónicas, se configura como um factor crítico para a efectividade das intervenções. Esta dimensão reforça portanto a pertinência, face aos objectivos destes cuidados, da introdução de uma outra componente de avaliação na determinação das necessidades do utente, enquadrado no seu habitat.

Por último, mas não menos importante, constatamos que nos objectivos definidos ao nível da Reabilitação, não há qualquer correspondência de indicadores de resultados que permitam traduzir a efectividade das intervenções no incremento do nível de autonomia e qualidade de vida conseguidos. Constatamos aliás, que a generalidade dos indicadores existentes são indicadores de processo e não de resultados.

Relativamente ao indicador “satisfação do utente”, como tentativa de captar a capacidade de resposta dos cuidados, há que ter presente que este considera aspectos subjectivos, estando por isso muitas vezes condicionado pelo efeito de “gratidão”, o que leva a que na grande maioria dos casos, 90% ou mais, os utentes se manifestem satisfeitos com os cuidados prestados (HURST, 2002).

Perante aquilo que é a missão dos *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários*, torna-se assim merecedor de destaque a percepção de Reabilitação, e da importância atribuída à Fisioterapia na Reabilitação, traduzida na sua estrutura operacional e como nela é integrada a prestação dos seus cuidados.

Por outro lado, o facto de não haver uma adequada determinação das necessidades populacionais, e de não existirem indicadores de resultados em saúde que fundamentem a efectividade das intervenções (OPSS, 2008), acaba por não reflectir os bloqueios em que incorrem as medidas de reestruturação do Sistema nesta área de prestação de cuidados.

- Exemplos demonstrativos da necessidade de outra orientação:

Como exemplo demonstrativo da necessidade de equacionar outras alternativas, que abram espaço a uma maior integração e efectividade das intervenções nos cuidados de saúde primários, revela-se interessante o estudo conduzido por PUHAN et al (2005) incidindo sobre a importância da Reabilitação na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPCO), cuja prevalência em Portugal acima dos 60 anos é, actualmente, de 13%, com tendência para aumentar (PORTUGAL. OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, 2005). É unanimemente reconhecido que esta condição clínica crónica constitui uma das principais causas de morbilidade, perda de qualidade de vida e mortalidade, acarretando a uma elevada frequência de consultas médicas e de serviços de urgência, assim como de um número significativo de internamentos hospitalares, frequentemente prolongados, para além do elevado consumo de fármacos, de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias de longa duração (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAUDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE, 2005). Por esta razão, a própria DGS elaborou o *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* (em consonância com o previsto no Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010, emitido na circular normativa Nº 4/2005).

A meta análise realizada pelos autores acima citados, teve como propósito avaliar a efectividade da reabilitação respiratória após episódios de agudização em doentes com DPOC, comparando-os com os cuidados convencionais em contexto hospitalar, com níveis de saúde e qualidade de vida (QVRS), com a capacidade de exercício e ainda com a mortalidade. Para tal, foi feita uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados controlados, através de uma pesquisa em seis bases de dados electrónicas, contactos com peritos, pesquisas bibliográficas e ainda estudos incluídos em conferências. Após a aplicação dos critérios de exclusão, foram apurados seis ensaios que incluíam 230 doentes, nos quais foi possível apurar, para um nível de significância de 90%, que a reabilitação respiratória reduziu o risco relativo de internamento (0,26 [0,12-0,54]), de mortalidade (0,45 [0,22-0,91]) e melhorou a capacidade de exercício (64 - 215 metros, no teste dos seis minutos de caminhada e na média ponderada do teste da caminhada de *shuttle* de 81 metros, para IC de 95% 48 - 115).

Um outro estudo realizado por Oostenbink (2004, citado por, PORTUGAL. OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, 2005), maugrado a

dificuldade da sua contabilização, demonstrou que as exacerbações tratadas em casa custavam cerca de 100 euros, enquanto as mesmas exacerbações graves tratadas em contexto hospitalar poderiam custar 4000 euros.

A conclusão destes estudos corrobora portanto o facto, relativamente à Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, de que a valorização e integração do profissional de fisioterapia na equipe multidisciplinar de apoio domiciliário e nos cuidados de saúde primários em geral se revela fundamental, com o objectivo de promover uma melhoria dos sintomas, prevenir e tratar exacerbações recorrentes, retardar o declínio funcional, melhorar a performance das actividades diárias e a qualidade de vida, a par da uma manifesta redução dos custos envolvidos.

Reconhecer e utilizar as competências destes profissionais, especialmente adequadas para avaliar, diagnosticar, planear, intervir, passar informação e conhecimento, nomeadamente através de programas de educação para o movimento, no campo da saúde do idoso e das condições clínicas crónicas, acompanhamento domiciliário, ensino aos familiares e eliminação de barreiras arquitectónicas (SOUZA-GUERRA, 2008), contribui não só para a melhoria dos resultados em saúde como também para a redução dos custos globalmente envolvidos na recuperação.

Orientar a resolução das necessidades em fisioterapia e reabilitação num aumento da referenciação para a especialidade de MFR, para prescrição de intervenções “complementares”, não só retira deste nível de cuidados de saúde uma contribuição específica que tornaria as prestações mais efectivas, como conduz a um agravamento dos custos e restringe o acesso.

Tememos, no entanto, que enquanto os objectivos continuarem vagamente definidos – sem uma efectiva determinação das necessidades populacionais e sem uma correspondência de indicadores que permita aferir da adequação da organização da resposta – não se tornará também evidente o desajustamento entre os fins pretendidos e o modelo de financiamento utilizado.

7.5 - O Pagamento da Prestação de Cuidados de Fisioterapia e Reabilitação

O sistema de pagamento da prestação de cuidados da Fisioterapia e Reabilitação, tanto a nível do pagamento contratual do SNS, como dos subsistemas, seguros e pagamentos directos por parte do utente, é caracterizado por um sistema retrospectivo, de “pagamento ao acto”, composto por uma grelha de procedimentos.

Apenas no pagamento directo do utente se constata poder existir um pagamento mais abrangente, por sessão, englobando este o conjunto de procedimentos que a integram.

Ao remetermo-nos à Tabela de Preços do SNS da Medicina Física e Reabilitação (PORTARIA nº 110-A/2007), que tem como finalidade estabelecer unidades de valor relativo que traduzam o preço médio de cada acto, em função do tempo de execução e diferenciação técnica, constatamos que os procedimentos estão agrupados por “Técnicas Diagnosticas”; e “Técnicas Terapêuticas”. Desta última, fazem parte um conjunto de procedimentos associados aos “sectores” (nomenclatura utilizada no Manual de Boas Práticas) de “Cinesioterapia”, “Termoterapia Superficial”, “Termoterapia Profunda”, “Electroterapia”, “Mecanoterapia”, “Hidroterapia” e “Treinos Terapêuticos”. Apresenta-se, em seguida, o “sector” da “Terapia da Fala” que apresenta como único procedimento “terapia da fala”, a realizar pela profissão que dá pelo mesmo nome. Logo abaixo, surge o “sector” da “Reabilitação Cardio-Respiratória”, também com um conjunto de actos associados, sucedido pelos “sectores” da “Reabilitação Vesico-Esfinteriana” e “Terapia Ocupacional” que tal como acontece com a Terapia da Fala, tem associado a profissão com a mesma designação. Surge por fim um último sector identificado como “Outros” que engloba procedimentos como a *Magnetoterapia*, *Terapia de ondas de choque*, *acupuntura (por médico)*, entre outros. Com excepção dos procedimentos associados às profissões de Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, os restantes vêm-se associados a “sectores” numa lógica que dificilmente será possível encontrar correspondência com o actual nível de desenvolvimento científico da profissão à qual estão associados: a Fisioterapia.

Relativamente às restantes tabelas de preços (seguros e sub-sistemas), constatamos que são, na generalidade, compostas exclusivamente por procedimentos da prestação de cuidados de Fisioterapia, revelando, umas mais do que outras, desadequação da nomenclatura utilizada.

7.5.1 - Problemas do actual Modelo de Pagamento

Como será facilmente verificável, os actuais registos estatísticos da prestação de cuidados de Fisioterapia apresentam, habitualmente, como indicadores: “número de tratamentos (procedimentos) realizados”, “número de doentes”, “número de sessões (ou presenças)” não sendo possível caracterizar o utente, a gravidade, a complexidade e tempo médio de recuperação correspondente, com os resultados das intervenções e recursos utilizados. Existe apenas um registo de produção, orientado para o pagamento de um somatório de técnicas ou procedimentos, aplicáveis a qualquer parte do corpo, não permitindo avaliar a efectividade das prestações ou disponibilizando indicadores para efeitos de análise de custo-efectividade, para planeamento e gestão de recursos.

Para além disso, a ausência de mecanismos de fiscalização por parte das ARS, limitando-se esta a verificar apenas aspectos documentais, não só incentiva a ocorrência de fenómenos de indução da procura, como ainda possibilita a manipulação das tabelas de preços no sentido de maximizar as receitas (PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2006), sobretudo nas situações em que, como é o caso da fisioterapia, se torna difícil objectivar a eficácia das prestações por falta de registos que disponibilizem essa informação.

Como refere o estudo da ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2006), o actual modelo de pagamento, de acordo com diversas entidades, nomeadamente a DGS (Direcção Geral de Saúde), ARS (Associação Regional de Saúde), o IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde), a União das Misericórdias, a Federação Nacional de Prestadores de Saúde, apresenta um conjunto de problemas que advêm, para além do “fecho” das convenções, de questões que se prendem com os seguintes aspectos:

- *“Os preços tabelados para os actos convencionados não estão adequados às condições de procura e oferta actualmente existentes”* (pág.33),

- *“As nomenclaturas não têm reflectido a evolução e o estado das tecnologias e conhecimentos científicos, até porque são baseados em clausulados concebidos há cerca de 20 anos”...* Apesar de, ... se terem vindo a acrescentar às tabelas de preços, por analogia e extensão, actos que não existiam quando os clausulados foram homologados, não há correspondência perfeita entre os actos que são prescritos e os celebrados e os que se encontram tabelados” (pág. 33).

- *“As actualizações regulares...causam desajustamentos nos preços pagos pelo SNS aos convencionados, que, em alguns casos, estão ... muito abaixo dos preços que seriam razoáveis tendo em conta as estruturas de custos das empresas e as condições de procura”* (pág. 33, 34). Esta afirmação vê-se concretizada em nota de rodapé: *“Preços convencionados aparentemente muito baixos são... os de alguns actos de MFR, como os actos de Banho de Turbilhão, Treino de Equilíbrio e Marcha, e Imersão em Parafina, que nas tabelas remuneratórias hospitalares apresentam preços superiores aos da tabela de preços dos convencionados em 231%, 412% e 305%, respectivamente....há vários actos em MFR que têm preços convencionados tão baixos que são iguais aos valores das taxas moderadoras”* (pág.34).

A nível dos seguros privados e sub-sistemas, para além dos preços praticados serem semelhantes aos do SNS (nalguns casos inferiores), assiste-se à introdução de medidas que visam “limitar no fim” o pagamento da prestação de cuidados, pelo estabelecimento de um número máximo de procedimentos por situação clínica (constata-se que habitualmente estes não podem ultrapassar os cinco para o utente com uma situação clínica e sete quando apresenta duas), ou então pela atribuição de um *plafond*. No entanto, a exigência por parte de algumas entidades pagadoras de uma prescrição dos cuidados pela especialidade de fisioterapia, leva, frequentemente, a uma dupla referenciação e a um duplo acompanhamento médico no decorrer do processo de recuperação conduzindo de forma evidente a um acréscimo dos custos: o acompanhamento da especialidade médica à qual diz respeito a situação clínica e o da especialidade de Medicina Física e Reabilitação.

7.5.2- Implicações nas Estruturas

É pressuposto de uma organização ou sistema que reúna as condições necessárias à realização dos objectivos que a justificam. Exige-se para tanto, que a integrem pessoas com diferentes competências, entre as quais exista um relacionamento adequadamente estruturado para a realização das tarefas requeridas. Estas tarefas são combinadas e integradas de forma lógica, compondo assim a estrutura da organização. MINTZBERG (1983) define estrutura como a soma total de meios pelos quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é realizada a coordenação entre elas.

Sendo a estrutura uma entidade dinâmica, que integra um somatório de contribuições individuais – dos profissionais que a compõem – por forma a obter uma resultante que,

confluyente aos objectivos da organização, é geradora do valor acrescentado de que a mesma é portadora e a justifica, é forçoso reconhecer que o grau de sintonização individual e motivação com os objectivos colectivos, acabará por ser factor decisivo na construção dos resultados.

Segundo HACKMAN e OLDMAN (1980), a satisfação e motivação dos profissionais cria-se pelo incentivo, através do desenvolvimento do sentido de responsabilidade e do grau de autonomia que se adquire em relação aos procedimentos que caracterizam o desempenho profissional.

Todavia, à margem destas considerações, na prática organizativa assiste-se a uma adaptação das estruturas prestadoras de cuidados de Fisioterapia e Reabilitação ajustando-as às suas fontes de sustentabilidade.

Face ao valor dos preços tabelados, francamente abaixo dos que seriam justificados tendo em conta os custos das organizações e as características da procura (PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAUDE, 2006), assiste-se a uma multiplicidade de mecanismos que passam pela indução da procura, sobrecarga de trabalho e baixa remuneração. A falta de fiscalização, vem ainda possibilitar uma maior elasticidade na modulação dessas estruturas, nomeadamente através da substituição de fisioterapeutas por outros trabalhadores, consoante os contextos.

No sector público empresarial, ao nível do internamento, assiste-se à intrusão da enfermagem de reabilitação na área específica que exigia a actuação da fisioterapia. Na medida em que a prestação da enfermagem não é uma “prestação contratada”, não se torna necessário “requisitar” e “pagar” essa prestação, independentemente do que possa comprometer a sua finalidade. Neste contexto, face ao actual pagamento da prestação destes cuidados, a principal fonte de financiamento advém das consultas externas, para prescrição e acompanhamento. Esta realidade, levada ao limite, e tendo subjacente o pressuposto genérico deste estudo, levar-nos-á a não excluir a possibilidade de se vir a assistir, com o decorrer do tempo, ao afastamento dos fisioterapeutas dos cuidados de internamento, atitude que seguramente não terá correspondência com a evidência científica actual.

No sector privado, a tendência crescente para colocar em *out-sourcing* a exploração das unidades de fisioterapia pode ser uma manifestação de que a possibilidade de modulação estrutural terá, mesmo assim, esgotado todos os graus de liberdade que os

aspectos acima citados possibilitam, sem conseguir, contudo, níveis satisfatórios de sustentabilidade económica, com isso fragilizando ainda mais a integralidade da prestação de cuidados centrados no utente.

Estamos assim perante um conjunto de factores geradores de condições para o estabelecimento de um “ciclo vicioso” de interacções, entre Financiamento e modelação das organizações, susceptível, a prazo, de comprometer seriamente a qualidade destes cuidados.

II – METODOLOGIA

1 - QUESTÃO ORIENTADORA

A problemática subjacente à realização do presente Projecto de Investigação é suscitada pela constatação da existência de um desajustamento e de desigualdades na oferta dos cuidados de Fisioterapia e Reabilitação, face às necessidades populacionais, superior ao dos restantes cuidados de saúde.

A razoável evidência, suportada em diversos estudos recentes e na própria experiência e observação empírica da autora, poderá levar a colocar na dimensão Financiamento (pagamento de cuidados) o principal factor a condicionar a oferta e portanto, a qualidade da resposta perante as características da procura.

2 - OBJECTIVOS

2.1- Objectivo Geral

Analisar, no domínio do Desempenho da Fisioterapia no Sistema de Saúde Português, a influência da dimensão Financiamento na definição da prestação destes cuidados, pela modelação que induz à sua configuração organizativa assim como sobre as próprias Organizações Prestadoras.

Tem-se por pressuposto genérico que a reestruturação produtiva e as decisões estratégicas das organizações prestadoras de cuidados de saúde são condicionadas pelo sistema de preços (COSTA, 1990).

2.2- Objectivos Específicos

a) Analisar a produção da fisioterapia de três organizações hospitalares.

b) Verificar se existe uma conexão entre os tratamentos (procedimentos) presentes em maior número e os valores que lhes estão atribuídos na tabela de preços das entidades pagadoras correspondentes

c) Observar a evolução da produção da fisioterapia de cada organização no período de tempo definido.

d) Verificar se existe uma conexão entre essa evolução e os valores dos tratamentos das tabelas de preços das entidades pagadoras correspondentes.

3 - FASES DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Este Trabalho de Projecto de Investigação iniciou-se com o levantamento sistemático em bases de artigos científicos sobre o tema em estudo, entre Outubro de 2008 e Março de 2009, disponibilizadas nas páginas electrónicas da Internet. Procedeu-se também à selecção e consulta de livros e análise de estudos que, em conjunto com os artigos recolhidos, possibilitaram uma revisão da literatura.

Sucedeu-lhe uma segunda fase, metodológica, relativa à segunda dimensão do problema, cuja forma de abordagem se apresenta como uma pesquisa quantitativa não experimental, de desenho descritivo – correlacional (FORTIN, 1996). Iniciou-se com a elaboração de uma carta de pedido de autorização para consulta dos registos da produção mensal de fisioterapia e da sua entrega, em mão, às organizações seleccionadas e que não serão colocadas em apêndice por questões de preservação do anonimato. Seguiu-se o tratamento, análise e interpretação dos dados disponibilizados.

4 -CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

Escolheu-se *aleatoriamente* um mês (Novembro), dos anos de 2005, 2006, 2007 e 2008, para recolha de dados da produção de fisioterapia de três organizações hospitalares: duas de gestão privada e uma de gestão pública.

Na impossibilidade de controlar variáveis como “características dos utentes”, relativamente à produção analisada, foi opção por *conveniência*, retirar a amostra analisada de organizações com o mesmo nível de prestação de cuidados e as mesmas

características: hospitais polivalentes, a servir populações urbanas, contíguas, com cuidados de Fisioterapia em internamento e ambulatório.

Foi excluída da amostra toda a produção dos serviços que não correspondesse exclusivamente à prestação de cuidados de fisioterapia.

5 - INSTRUMENTOS DE PESQUISA E RECOLHA DE DADOS

1 - Tabelas de pagamento da Medicina Física e Reabilitação, actualmente em vigor: Serviço Nacional de Saúde, já descrita, Sub-sistemas e Seguros de Saúde Privados, dos quais constam alguns exemplos em anexo (Anexo I).

2 - Folha de registo da produção mensal de fisioterapia, da qual constam o conjunto de procedimentos realizados (“tratamentos”) e a quantidade realizada em cada um; o número de sessões realizadas nesse mês, assim como o número de utentes.

Estes indicadores, nalguns casos, aparecem associados à entidade pagadora correspondente.

Pode ainda constar o número de admissões, altas e avaliações.

Nas folhas de registo de um das organizações em estudo, verificou-se que o que aparece indicado como “número de tratamentos”, corresponde a “sectores de tratamento”, podendo comportar portanto, em teoria, cada um, um conjunto de “tratamentos”. Este facto levantará a questão sobre a forma como essa informação é posteriormente tratada para efeitos de pagamento: desagregada ou com base num valor estipulado. A concretizar-se a primeira hipótese, o nº de “tratamentos” registado será portanto sempre superior ao indicado, alterando, conseqüentemente, o valor dos indicadores calculados.

6 -PROCEDIMENTOS ADOPTADOS:

Com base numa estatística descritiva, que permitisse analisar a produção da fisioterapia das três organizações hospitalares, os dados recolhidos foram agregados de forma a obter os seguintes indicadores:

a) *Média de Tratamentos por Sessão*: A razão entre o Total dos Tratamentos e o Total de Sessões;

b) *Média de Tratamentos por Doente*: A razão entre o Total dos Tratamentos e o Total de Doentes;

c) *Média de Sessões por Doente*: A razão entre o total de Sessões e o Total de Doentes

d) *Taxa de Incidência Mínima de cada Tratamento por Sessão*: A razão entre o Total de cada Tratamento e o Total de Sessões.

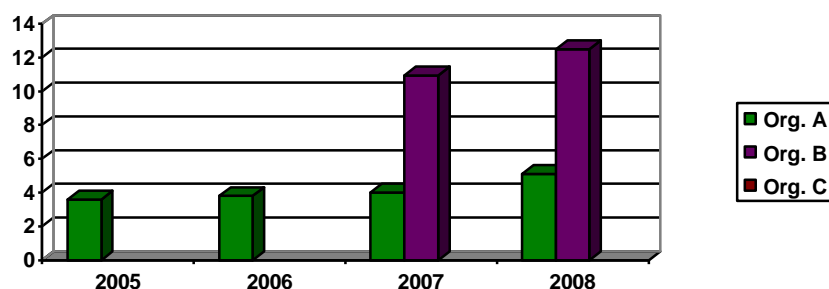
Para este último indicador, partiu-se do pressuposto teórico de que, em limite, cada tratamento teria estado presente em todas as sessões. Nos casos em que o número de tratamentos é inferior ao número de sessões, o valor encontrado será inferior a 1 o que traduz aliás a evidência de que cada tratamento não estará sempre presente em cada uma das sessões. Por outro lado, nos casos em que o valor encontrado é superior a 1, esse valor terá de ser lido como “o mínimo por sessão” já que, a sua não presença em todas as sessões (a mais provável na prática clínica), implicará o crescimento do valor da taxa encontrada para as sessões em que esteve presente (menor denominador).

Fizemos ainda uma análise do comportamento de cada um dos indicadores, para cada uma das organizações, relativamente:

- Ao período de tempo definido;
- Aos preços atribuídos nas tabelas das entidades pagadoras.

III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

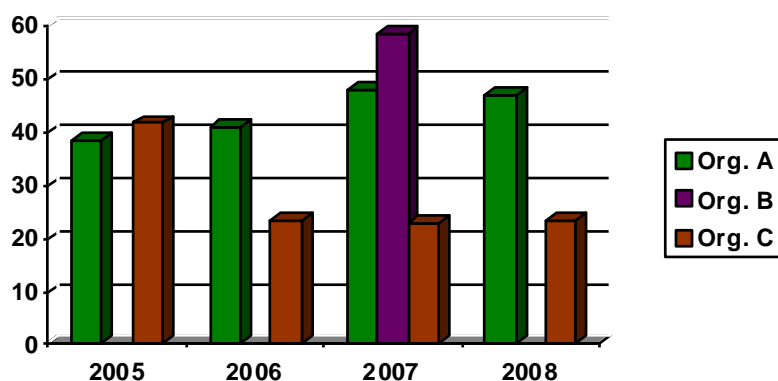
Gráfico nº.4: Média de Tratamentos por Sessão nas Organizações A, B e C



A observação do gráfico acima permite constatar que ambas as organizações (A) e (B), apresentam um crescimento progressivo relativamente ao indicador “número de tratamentos por sessão”. A organização (C), tal como já foi referido, não dispunha nos seus dados do número de sessões, não aparecendo por isso aqui representada.

Para os anos em que é possível estabelecer a comparação, 2007 e 2008, a organização (B) apresenta uma média de procedimentos por sessão cerca de duas vezes e meia superior ao da organização (A): em 2007, a organização (A) - 4 e a (B) - 10,94; em 2008, (A) - 5,1 e a (B) - 12,5.

Gráfico nº.5: Média do número de tratamentos (procedimentos) por doente.

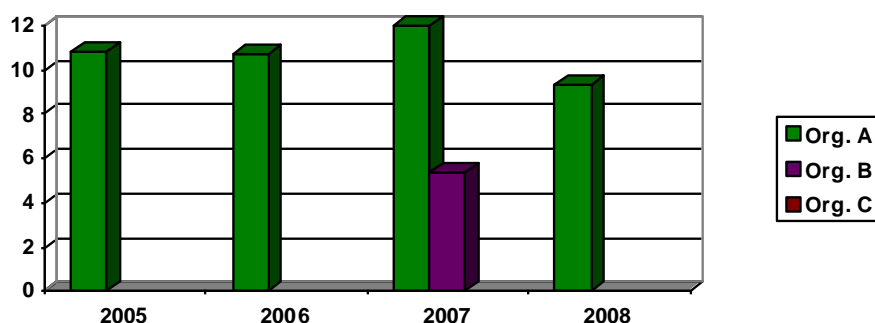


Relativamente às organizações (A) e (C), para o indicador “Média do Nº de procedimentos por doente”, constata-se que evoluem em sentido contrário no período de

tempo analisado: no ano de 2005, a organização (C) apresenta um valor ligeiramente superior à (A) (41,7 para 38,5), situação que se inverte de forma drástica no ano de 2006 pela franca diminuição que regista a organização (C) (de 41,7 para 23,2), e mantendo esse valor nos anos seguintes. Tal facto fará levantar a questão, de qual a razão para tamanha variação: uma diminuição em 44% do número de procedimentos por doente.

Em relação ao único ano (2007) para o qual é possível comparar as três organizações, a (B) é a que se destaca com uma média de tratamentos por doente de 58,75.

Gráfico nº.6: Média do número de sessões por doente (tempo médio de prestação de cuidados)



Relativamente ao indicador “Média do N° de sessões por doente”, da escassa informação que foi possível apurar, constatamos que a organização (A) apresenta valores que oscilam entre os 12 e os 9,3. A organização (B), apresenta uma média de sessões por doente de 5,36.

Quadro I: Produção da Organização (A)

	Nov.2005		Nov.2006		Nov.2007		Nov.2008	
	Trat/Ses		Trat/Ses		Trat/Ses		Trat/Ses	
Aerossois	0	0	0	0	4		6	
Ionização	330	0,1	315	0,09	217	0,06	247	0,08
Corr. Galv/Farad	31		18		9		17	
Diadinâmicas	49		0	0	0	0	8	
Est.pontos mot.	23		9		43		47	
Laser	138	0,04	264	0,08	566	0,16	593	0,19
A.V.D.	22		9		332	0,09	263	0,08
Banho Remoinho	420	0,13	469	0,14	675	0,2	604	0,19
Cadeias Musc	0	0	16		63	0,02	95	0,03 Part.
Calor Húmido	711	0,22	494	0,15	442	0,13	530	0,17
Cinesio. Resp.	885	0,27	858	0,26	587	0,17	858	0,28
CPM	0		0		0		0	0
Crioterapia	111	0,03	111	0,03	202	0,06	174	0,05
Dren. Bronq. Post	746	0,23	667	0,2	18		554	0,18
Dren. Linfática	0	0	0	0	0	0	24	Part.
Espirometria	0		0		0		0	0
Fort. Musc.	1169	0,36	1295	0,39	1075	0,32	1289	0,42
Gin. Corr. Post.	0		0		0	0	9	
Gin. Vert. Ind.	29		49		57		48	
Massagem	1304	0,4	1372	0,42	2067	0,61	1668	0,55
Mob. Art. Pass.	717	0,22	868	0,26	1012	0,3	1123	0,37
Neuro-est.	172	0,05	182	0,05	153	0,04	163	0,05
Onda Curta	468	0,146	511	0,15	450	0,13	438	0,14
Parafina	138	0,04	162	0,04	104	0,03	193	0,06
Pressões Alt.	27		25		30		119	0,04
Reed. Mecânica	131	0,04	187	0,05	235	0,06	528	0,17
Reed. Pelv. Esf.	12		20		12		0	0
Tec. Divers.	23		17		0	0	83	0,02
Tec. Esp. Cinesio.	1668	0,52	2469	0,75	2714	0,8	3094	1,02
TENS	362	0,11	267	0,08	510	0,15	491	0,16
Treino Marcha	408	0,15	467	0,14	439	0,13	383	0,12
Treino Prot/Ort.	0	0	19		0	0	10	
Ultra-Sons	1135	0,35	1076	0,33	1352	0,4	1481	0,49

Analisando produção da Organização (A):

1º - Constatamos que os procedimentos mais realizados são “Fortalecimento Muscular”, “Massagem”, “Mobilização Articular Passiva”, “Técnicas Esp. de Cinesioterapia”, que em 2008 esteve presente, no mínimo, uma vez em todas as secções, e “Ultra Sons”.

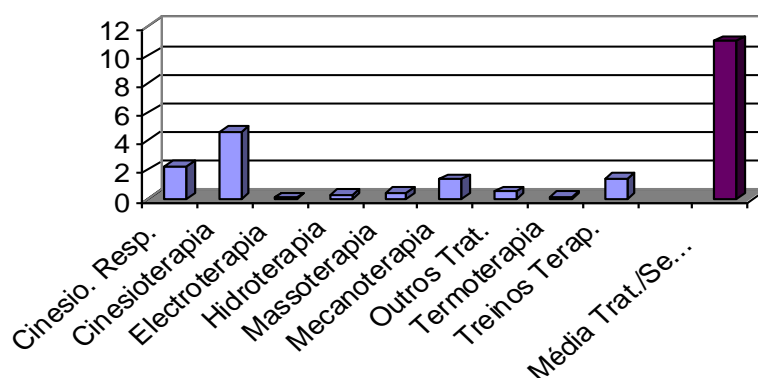
2º - Relativamente aos preços que estes procedimentos apresentam nas várias tabelas das entidades pagadoras constata-se que, apesar de algumas variações nos montantes, a valorização que lhes é atribuída é globalmente a mesma. Deste modo, os procedimentos com preços mais elevados, por ordem decrescente, são:

- “Actividades de Vida Diária”,
- “Fortalecimento Muscular”,
- “Laser”
- “Técnicas Espec. de Cinesioterapia”,
- “Cinesioterapia Respiratória”
- “Mobilização Articular”
- “Massagem Manual”

Constatamos assim, que com excepção dos “Ultra-sons”, os restantes procedimentos, mais praticados se encontram entre os melhor remunerados.

3º - Relativamente aos procedimentos “Actividades de Vida Diária” e “Laser”, não se encontrando estes entre os mais praticados, constata-se contudo que tiveram um aumento significativo: O primeiro, em 2005 registou 22 procedimentos, em 2008, 263; o “Laser” de 138 procedimentos em 2005 para 593 em 2008.

Gráfico nº.7: Organização (B): Incidência de cada Tratamento por sessão no ano de 2007



No que diz respeito à organização (B), para o mês de Novembro do ano 2007, constatamos que, comparativamente à (A), os procedimentos se apresentam agregados por “sectores” de intervenção. Os mais realizados são: a “Cinesioterapia”, seguida da “Cinesioterapia Respiratória”, dos “Treinos Terapêuticos” e da “Mecanoterapia”. O valor encontrado para cada um foi superior ao número de sessões realizadas. Sendo a média de procedimentos por sessão de 10,94, a incidência mínima da “Cinesioterapia” é de 4,68, de 2,23 para a “Cinesioterapia Respiratória”, para os “Treinos Terapêuticos” de 1,38

e para a “Mecanoterapia” de 1,34. Os restantes sectores não se encontram presentes em todas as sessões.

Para uma melhor visualização, apenas, não podendo a partir daí fazer uma leitura semelhante à que se fez para a organização (A), procurou-se englobar em cada um dos “sectores” da organização (B), os procedimentos constantes da Tabela de Preços do SNS:

Cinesioterapia

Preços atribuídos a estes procedimentos na tabela do SNS oscilam entre os 4,4 euros e os 0,6 euros.

- Fort. Musc.;
- Gin. Corr. Post
- Gin. Vert. Ind.
- Massagem
- Mob. Art. Pass.
- Reed. Mecânica
- Tec. Divers
- Tec. Esp. Cinesio

Cinesioterapia Respiratória

Preços atribuídos na tabela do SNS entre os 3,7euros e 1,3 euros

- Aerossois
- Cinesio. Resp.
- Dren. Bronq. Post
- Espirometria

Treinos Terapêuticos.

Preços atribuídos na tabela do SNS entre os 1,8 euros e os 0,8euros

- Treino Marcha
- Dren. Linfática
- Treino Prot/Ort

Mecanoterapia.

Preços atribuídos na tabela do SNS entre os 2,1 euros e os 0,8 euros

- Pressões Alt.

Electroterapia

Preços atribuídos na tabela do SNS entre os 1,5 euros e os 1,1 euros (não incluindo a estimulação com “biofeed-back” 4,1euros pela sua escassa utilização)

- Ionização
- Corr. Galv/Farad
- Diadinâmicas
- Est.pontos mot.
- Neuro-est.

Termoterapia

Preços atribuídos na tabela do SNS entre 2,4 euros e os 0,6 euros

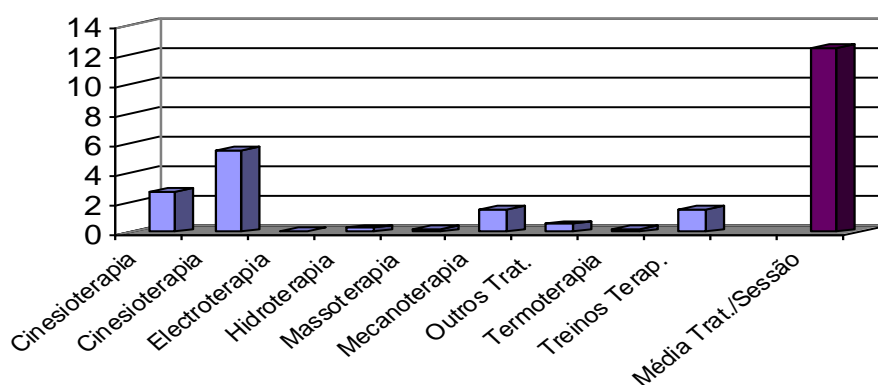
- Laser (infra-vermelhos)
- Calor Húmido
- Crioterapia
- Onda Curta
- Parafina

Hidroterapia.

Preços atribuídos na tabela do SNS entre os 2,6 euros e os 0,9 euros.

- Banho Turbilhão
- Hidrocinesioterapia
- Massagem subaquática

Gráfico nº.8: Organização (B): Incidência de cada Tratamento por sessão no ano de 2008



No ano de 2008, as características da produção mantiveram-se iguais face ao ano anterior. Os sectores com maior número de procedimentos realizados mantiveram-se os mesmos, tendo no entanto registado um valor superior ao do ano anterior: “Cinesioterapia” de 4,68 para 5,5, “Cinesioterapia Respiratória” de 2,23 para 2,72, “Treinos Terapêuticos” de 1,38 para 1,53 e a “Mecanoterapia” de 1,34 para 1,5. A “Hidroterapia” e “Massoterapia” registaram uma discreta diminuição, com tradução, como já se constatou, na média de procedimentos por secção.

IV – DISCUSSÃO

1- DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A apresentação dos resultados viu-se condicionada por um variado número de limitações.

Em termos gerais, face aos objectivos específicos definidos:

- Não permitiu estabelecer a correspondência desejável entre a produção das três organizações pela falta de uma uniformização mínima no tratamento dos dados de cada uma;
- Escassez de tempo, para maior levantamento de dados (essencial face à heterogeneidade dos registos da produção), e aprofundamento das características dos sistemas de pagamento.

Concretizando as limitações encontradas no tratamento de dados das três organizações em análise, estas foram as seguintes:

- Uma das organizações (C) não dispunha de registos de informação referente aos procedimentos realizados e ao total de cada um, assim como do número de sessões realizadas. Não foi possível portanto calcular a média do número de procedimentos por sessão para as três organizações.
- Das outras duas organizações, a organização (B) só dispunha de dados relativos a 2007 e 2008.

Estas duas limitações estão reflectidas no primeiro gráfico que apresenta a “média do número de procedimentos por sessão”.

- Na organização (B), para o ano de 2008, três das folhas de registo de produção mensal, por profissional, não referiam o número de doentes, facto que se verá reflectido no segundo gráfico “média do número de procedimentos por doente” que não pode por isso ser calculado.
- Outra limitação residiu no facto de não ser possível comparar os registos entre as organizações, uma vez que tratam a informação de modos diferentes. Assim, relativamente à “Taxa de Incidência Mínima de cada Tratamento por Sessão”, os

registos de informação de uma das entidades (B) encontrava-se agregada por “sectores” o que, conforme se poderá ver na tabela de preços do SNS, engloba cada um, um conjunto de procedimentos. Na outra entidade (A), encontrava-se desagregada. A sua desagregação ou agregação, respectivamente, para estabelecimento dessa correspondência iria alterar o número de procedimentos contabilizados, pelo que o tratamento dos dados foi feito conforme se apresentavam. Procurou-se, no entanto, associar os procedimentos que constam na Tabela de Preços do SNS a cada um dos sectores mencionados na organização (B), apenas para uma melhor visualização, não sendo no entanto suficiente para fazer uma interpretação dos dados, à semelhança do que se fez com a organização (A).

- Pelo facto da organização (C) não dispor de informação relativa aos tratamentos realizados, e a informação da organização (B) não ter sido suficientemente explícita quanto à forma como é tratada a agregação dos seus dados para efeitos de pagamento, face ao seu sistema de pagamento dominante (o SNS em cerca de 90%), não foi possível analisar o comportamento da produção relativamente a essa variável para essas duas organizações.

Perante as limitações encontradas, que condicionaram a análise, não podemos excluir a hipótese de que a possibilidade da sua introdução no tratamento dos dados pudesse alterar os resultados e, consequentemente, as conclusões.

Por outro lado, no que toca genericamente aos registos da produção deste sector, pelo facto de se caracterizar fundamentalmente pelo registo do “Número de Tratamentos”, “Número de Doentes”, “Número de Sessões”, não permite estabelecer uma correspondência entre as características dos utentes, resultados em saúde alcançados, tempo médio de recuperação e os recursos envolvidos.

2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente ao que se considerou ser o segundo factor de constrangimento – influência do actual pagamento na modelação das estruturas prestadoras destes cuidados –, objecto de análise do estudo, os objectivos específicos foram, recapitulando:

- a) Fazer uma análise da produção da fisioterapia de três organizações hospitalares,
- b) Constatar se existe uma conexão entre os procedimentos presentes em maior número e os valores que lhes são atribuídos nas tabelas,
- c) Observar a evolução na produção no período de tempo definido,
- d) Compreender a conexão entre essa evolução e os valores inscritos nas tabelas de preços das entidades pagadoras correspondentes.

Estiveram subjacentes à interpretação e análise dos resultados os seguintes pressupostos:

1º - O pressuposto genérico do trabalho, de que a reestruturação produtiva e as decisões estratégicas das organizações prestadoras de cuidados de saúde são condicionadas pelo sistema de preços (COSTA, 1990).

2º - Que o pagamento da prestação destes cuidados é feito mediante um sistema retrospectivo, de “pagamento ao acto”, e portanto, que a quantidade auferida será proporcional ao número de procedimentos registados (BARROS, GOMES; 2002).

3º - Que para se aumentar os rendimentos com um sistema de pagamento “fee-for-service” ou se aumenta o valor dos preços unitários, ou a quantidade de serviços prestados. Na impossibilidade de influenciar a primeira alternativa, resta a possibilidade de “ajustamento” do volume de produção.

4º - Que a relação de “agência” que se estabelece – a assimetria de informação na relação prestador / utente, francamente menor por parte do utente, para além da própria debilidade física e emocional a condicionar uma escolha racional –

permite dar lugar a variações no volume de produção dos serviços, de acordo com o nível de rendimentos pretendidos (limitamo-nos a registar a possibilidade).

5º - Relativamente à organização A, de gestão privada, as principais fontes de pagamento para a sua sustentabilidade são os seguros privados, sub-sistemas públicos e privados e os pagamentos directos do utente. Algumas dessas entidades pagadoras impõem restrições orçamentais, limitando “no fim” o pagamento da prestação de cuidados. Este processo verifica-se pela atribuição de um plafond, nuns casos, noutros, impondo um limite do número de procedimentos por situação clínica e por utente: o utente com uma situação clínica para tratamento não pode exceder os cinco procedimentos e se apresenta duas situações não pode ultrapassar os sete. Com excepção do pagamento directo do utente, todos os restantes sistemas de pagamento apresentam valores que não diferem substancialmente os da tabela de preços do SNS.

6º - No que se refere especificamente organização (B), também de gestão privada, mas de financiamento público, teve-se presente na análise de produção da fisioterapia que o pagamento da prestação de cuidados mediante a tabela do SNS não impõe um limite orçamental, contrariamente ao que acontece na organização (A), nomeadamente, pelo limitar do número de procedimentos.

7º Relativamente à organização (C), é possível apenas referir que no período analisado a entidade em questão faz parte do grupo de hospitais do sector público administrativo (SPA).

Tendo em conta estes pressupostos, a análise dos resultados da produção das três organizações conduziu à seguinte interpretação:

A discrepância encontrada na média dos tratamentos por sessão entre as organizações (A) e (B) - a segunda duas vezes e meia superior em relação à primeira - poderá ser interpretada como um fenómeno que traduz a influência dos sistemas de pagamento, face às particularidades de cada um, em cada organização: A (B), sem imposição de um limite financeiro ao pagamento dos cuidados prestados; e a (A), financiada por entidades que na sua maioria impõem um limite orçamental, caracterizado nalguns casos pelo limitar do número de procedimentos por sessão, regra geral os 5 por situação clínica. Esse facto, por outro lado, permitirá fazer a leitura de que a organização (A), no ano de

2008, terá atingido uma média de produção que corresponde ao limite imposto por parte significativa dos sistemas que a financiam (5,1).

O progressivo aumento da produção nas organizações (A) e (B) no período de tempo avaliado, traduzido no aumento do número de procedimentos por sessão é, num sistema de pagamento “fee-for-service”, a única forma pela qual os prestadores podem aumentar os rendimentos, já que o aumento do valor dos preços unitários está fora de controlo.

O facto de que na organização (A) (a única para a qual a informação disponível permitiu fazer essa leitura), os procedimentos mais praticados se encontrarem entre os melhor remunerados, também leva à interpretação, apesar de aqui não se encontrar devidamente consubstanciada, que vai de encontro ao pressuposto genérico que esteve subjacente a este Projecto de Investigação: existe uma adaptação da produção ao sistema de preços (COSTA, 1990).

Mesmo desconhecendo as características dos utentes, uma tamanha variação nos valores da produção entre organizações (duas vezes e meia) não poderá estar, naturalmente, associada, somente, às características do utente. Ressalta assim a relação directa entre Financiamento/Pagamento da prestação de cuidados e as características da produção.

Os resultados reflectiram assim o pressuposto genérico do trabalho e abrem espaço para colocar como futura hipótese de investigação a razão da(s) causa(s) que poderão estar subjacentes à discrepância encontrada na produção das duas organizações que foi possível comparar: se a procura de uma sustentabilidade económica⁷, pela falta de adequação dos preços praticados perante as condições de procura e oferta actualmente existentes, como manifesta o estudo da ENTIDADE REGULADORA DA SAUDE (2006), se o alargamento de uma margem de lucro, para além do limiar de sustentabilidade.

Em qualquer caso, seja qual for a razão, ambas as situações são o resultado das possibilidades de “modelação” que o sistema consente, face ao seu financiamento: i) um modelo de pagamento retrospectivo “ao acto” de uma prestação de cuidados de saúde

⁷ O termo “sustentabilidade económica” aqui empregue assenta na noção de “equilíbrio orçamental”, resultado de um equilíbrio entre a estrutura de custos envolvida na prestação de cuidados e as contrapartidas financeiras proporcionadas pelo actual sistema de preços.

contratada, ii) num mercado com os particularismos como o da saúde, iii) ao qual se associa a falta de fiscalização.

Esta realidade terá, naturalmente, implicações na qualidade da oferta disponível de cuidados, para os utentes que a eles tenham acesso, ao poder conduzir a situações extremas as estratégias de modelação das estruturas organizacionais em função das suas fontes de financiamento.

V – RECOMENDAÇÕES

Face à problemática abordada, julgamos ter evidenciado o franco desajustamento entre a relevância atribuída à Reabilitação no actual quadro de reformas do Sistema de Saúde Português e a sua efectiva valorização, quando observada à luz do financiamento atribuído à prestação de cuidados pela profissão com maior número de profissionais neste sector – A Fisioterapia – e das iniciativas de reestruturação do próprio Sistema.

Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários, unanimemente reconhecidos como pilar central dos sistemas de saúde, consideramos que:

- A configuração organizativa reflecte o seu actual modelo de financiamento, levando a uma sucessão de constrangimentos:
 - Restringe o acesso, pela insuficiência das dimensões técnicas avaliativas,
 - Restringe o acesso, pelo desajustamento que provoca na distribuição da oferta regional,
 - Inviabiliza a possibilidade de maiores ganhos em saúde e qualidade de vida, na medida em que restringe a actuação de um sector profissional a “procedimentos terapêuticos” inscritos nas tabelas de preços;
 - Inviabiliza a possibilidade de introdução de alternativas mais efectivas, a menor custo;
 - Conduz a estratégias de intervenção desadequadas dos objectivos visados.

Orientar portanto a resolução das necessidades em Fisioterapia e Reabilitação num aumento da referenciação para a especialidade de MFR, como sugere a actual configuração, para a prestação de intervenções incorrectamente consideradas como “complementares”, não só retira uma contribuição específica que tornaria as prestações deste nível de cuidados mais efectivas, como conduz a um agravamento dos custos e restrição do acesso.

Em suma, o conceito “Reabilitar” continua a revelar-se demasiado redutor, existindo um verdadeiro fosso entre o que conceptualmente são as metas a atingir e a tradução operativa para a sua concretização.

A perspectiva de colocar estas considerações sob hipóteses de investigação estará sempre fora de questão, enquanto não se introduzirem registos de informação sobre as reais necessidades populacionais e indicadores de desempenho que caracterizem a

prestação destes cuidados de saúde, que não somente a mera eficiência de custos: *“Custo médio de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, por médico e por consulta”* (pág. 101), (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Pensamos assim ter evidenciado a necessidade de reformular o Financiamento da Fisioterapia e da Reabilitação no Sistema de Saúde Português. Na medida em que os sistemas de pagamento condicionam as decisões e orientações estratégicas (COSTA, 1990), este facto deverá ser utilizado como instrumento de incentivo positivo (BARROS, GOMES, 2002), possibilitando:

- Um efectivo contributo para rentabilização de todos os recursos humanos disponíveis, tendo em conta o actual paradigma da saúde e relevância nele dada à reabilitação;
- Uma adequada gestão de todo o tipo de condições clínicas, o que deve pressupor um pagamento adequado a todas as prestações de cuidados necessárias, baseadas na melhor evidência;
- A coordenação e organização da prestação de cuidados, minimizando a sua fragmentação;
- Direcção das opções dos utentes e financiadores em função das diferenças na qualidade dos cuidados entre organizações.

Neste quadro de premissas, é essencial uma melhor caracterização das necessidades populacionais e uma maior transparência relativamente a padrões de efectividade, eficiência e acessibilidade, para revelar as debilidades de um Financiamento que se pretende sirva de instrumento para implementação das políticas de saúde e oriente as condutas de todos os seus intervenientes (USA, INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001; LEATHERMAN, 2002; PITA BARROS E GOMES, 2002; REIS, 2005).

Destacamos como medidas fundamentais, a necessidade de implementação de um suporte informativo mínimo, que contemple, entre outros aspectos (demográficos, grupos de risco, e outros) um conhecimento mais aprofundado das características dos doentes, nomeadamente a nível do internamento, pela introdução do *Disease Staging* como sistema de classificação que permite aferir da gravidade dos doentes, complementando o GDH, e ainda pela introdução dos seus “modelos clínicos” como forma de conhecer melhor as características dos doentes no momento da admissão para interpretar, com maior objectividade, os resultados alcançados no momento da alta (COSTA, 2005).

A introdução do ICF, como um sistema de classificação que permite conhecer, através da utilização de uma mesma métrica, o impacto que cada condição clínica tem no estado de saúde de cada indivíduo, independentemente do diagnóstico, constitui outra fonte de informação essencial. A possibilidade de classificação das funções corporais e dos domínios de actividade e participação, não só disponibiliza uma informação mais completa sobre a saúde dos indivíduos e das populações como, no que toca particularmente à Fisioterapia, constitui um instrumento de aferição da efectividade da sua prestação (SKYKES, 2006).

É também dentro deste quadro que julgamos ter evidenciado, que sendo a intervenção da Fisioterapia a mais numerosa na prestação de cuidados a condições clínicas às quais estão associadas disfunções do movimento, nos seus múltiplos domínios e estádios (pela sua inevitável implicação na concretização de resultados em saúde nesse domínio), o seu Financiamento deverá colocá-la como recurso autónomo, permitindo a sua efectiva integração a todos os níveis da prestação de cuidados, como mais uma dimensão que contribui para a concretização dos resultados em saúde a *contratualizar*.

VI – SÍNTESE FINAL

Este trabalho teve como objectivo central investigar a influência do Financiamento/Pagamento da Fisioterapia e Reabilitação no *Desempenho* desta área de prestação de cuidados de saúde em Portugal, tendo como pressuposto genérico que as decisões estratégicas e a reestruturação produtiva das organizações prestadoras de cuidados de saúde são condicionadas pelo sistema de preços (COSTA, 1990).

A relevância do tema prende-se com o actual contexto que envolve a prestação destes cuidados, identificada, nos escassos estudos actualmente existentes, como apresentando uma desigualdade e desajustamento da oferta regional destes cuidados (organização e provisão de serviços), superior à dos restantes cuidados de saúde (PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAUDE, 2008), e uma falta de adequação dos preços praticados (pagamento / financiamento) perante as condições de oferta e procura actualmente existentes (PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAUDE, 2006).

Considera-se que existem dois níveis de constrangimento provocados pelo actual modelo de financiamento: um primeiro nível que evidencia o desajustamento do modelo de Financiamento, ao colocar o pagamento da prestação destes cuidados no âmbito dos *Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica* (MCDTs), a contratar pelo Serviço Nacional de Saúde, alicerçado a um modelo médico de prestação (o antigo paradigma), com isso determinando a configuração organizativa do sistema (e das próprias organizações) na resposta às necessidades populacionais. Paradoxalmente, visam-se objectivos do novo paradigma da saúde apesar da configuração organizativa preconizada continuar orientada para o paradigma anterior. Um segundo nível de constrangimento, que se coloca ao nível das organizações prestadoras, pela modelação que induz nas suas estruturas, nomeadamente a nível da sua produção, procurando ajustá-las às características do pagamento a que estão sujeitas.

Foram abordadas conceptualmente noções que serviram de suporte ao desenvolvimento do trabalho: i) a Fisioterapia e o seu âmbito de intervenção, ii) a Reabilitação e a sua relevância à luz do actual paradigma da saúde; iii) o Desempenho dos Sistemas de Saúde e as principais dimensões que suportam a sua definição de qualidade; iv) o Financiamento, pelo impacto que tem na definição das estruturas prestadoras de

cuidados e portanto, pela intrínseca potencialidade que tem em se transformar num instrumento de incentivo positivo para um correcto alinhamento do Desempenho com os objectivos das políticas de saúde. Caracterizou-se ainda sucintamente o Sistema de Saúde Português relativamente às suas fontes de Financiamento e as principais reformas a que foi sujeito, de forma a enquadrar o actual contexto estrutural da resposta da Fisioterapia e Reabilitação.

Analisou-se, relativamente ao que se considerou ser o segundo nível constrangimento, a produção de fisioterapia de três organizações que, potencialmente, teriam o mesmo o mesmo perfil de oferta por se enquadrarem num mesmo perfil de procura. Os resultados, encontrados reflectem o pressuposto genérico do trabalho e abrem espaço para colocar como futura hipótese de investigação a razão da(s) causa(s) que poderão estar subjacentes à discrepância encontrada na média dos procedimentos por sessão (duas vezes e meia) nos registos de produção das duas organizações que foi possível comparar: se a procura de uma sustentabilidade económica pela falta de adequação dos preços praticados, se a mera obtenção de uma maior margem de lucro, para além do limiar de sustentabilidade. Em qualquer caso, seja qual for a razão, ambas são o resultado das possibilidades de “modelação” que o sistema consente: i) um pagamento retrospectivo “ao acto”, de uma prestação de cuidados de saúde contratada ii) num mercado com os particularismos como é o da saúde, iii) ao qual se associa à falta de fiscalização.

Uma melhor caracterização das necessidades populacionais e uma maior transparência (desenvolvimento e introdução de indicadores) relativamente a padrões de efectividade, eficiência e acessibilidade, revelam-se condições essenciais para reflectir as debilidades de um Financiamento que se pretende sirva de instrumento para implementação das políticas de saúde e oriente as condutas de todos os seus intervenientes.

.

BIBLIOGRAFIA

AVISO nº 9448/2002. D.R. II Série.119. (2002-08-29) 14796-14800 – Anexo: Manual de Boas Práticas de Medicina Física e de Reabilitação.

BARROS, P. PITA; GOMES, J. P - Os sistemas de saúde da União Europeia : principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. [Em linha]. Lisboa: Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa, 2002. [Consult. 20-02-2009]. Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-final.pdf

BARROS, P. PITA; SIMÕES, A. - Portugal : health system review. **Health Systems in Transition**. 9 : 5 (2007) 1-140.

BURY, T. - Community based rehabilitation and primary health care: implications for physical therapy. In: International Congress of the World Confederation for Physical Therapy, 14, Barcelona, Spain, 2003 - Physical Therapy. Barcelona, Spain : World Confederation for Physical Therapy, 2003.

COLERIDGE, P. - Disability and culture. **Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal: Selected Readings in CBR Series 1 : CBR in Transition**. (2000) 21-38.

COLERIDGE, P. - Disability, liberation and development. Oxford, UK : Oxfam, 1993.

COSTA, C. - Ajustamento pelo risco : da conceptualização à operacionalização. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático: 5 (2005) 7-38.

COSTA, C. - Financiamento de serviços de saúde : a definição de preços. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 8: 2 (1990) 65 - 72.

COSTA, C.; LOPES, S. - Avaliação do desempenho dos hospitais públicos em Portugal Continental 2005. Lisboa : ENSP. UNL, 31 de Janeiro de 2007.

DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. I Série-A. 109 (2006-06-06) 3856-3865 - Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

DECRETO-LEI nº 261/93. D.R. I Série-A. 172 (1993-07-24) 3996-3997 - Regulamenta o exercício das actividades paramédicas.

DECRETO-LEI nº 28/ 2008. D.R. I Série. 38 (2008-02-22) 1182-1189 - Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI nº 281/2003. D.R. I Série-A. 259 (2003-11-08) 7492-7499 - Cria a rede de cuidados continuados de saúde.

DECRETO-LEI nº 31/2007. D.R. I Série. 154 — 10 de Agosto de 2007

DECRETO-LEI nº 500/99. D.R. I Série-A. 270 (1999-11-19) 8223-8229 - Aprova o regime jurídico do licenciamento e da fiscalização do exercício da actividade das clínicas de medicina física e de reabilitação privada.

DECRETO-LEI nº 564/99. D.R. I Série-A. 295 (1999-12-21) 9083-9100 - Estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica.

DECRETO-LEI nº 97/98. D.R. I Série-A. 91 (1998-04-18) 1709-1711 - Estabelece o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde.

DUSSAULT, G. - La regulation des professions sanitaires: l'expérience du Québec. **Sociologie et Sociétés: La Sociologie des Professions**. XX : 2 (1988).

EI-WARRAK, L. - A contratualização no âmbito da gestão pública em saúde: a experiência da área de planeamento 4 do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Dissertação de Tese de Mestrado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

ESCOVAL, A. - Evolução da administração pública de saúde : o papel da contratualização: factores críticos do contexto português. Lisboa: ISCTE, 2003. Tese de Doutoramento.

EVANS, R. - Supplier induced demand: some empirical evidence and implications. In Perlman, M., ed. lit. - The economics of health and medical care. London: MacMillan, 1974.

FETTER, R., *et al.* - Case mix definition by diagnosis-related groups. **Medical Care**. 18: Supplement. (1980) 1-53.

FORTIN, M. - O processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed. Camarate: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, 1996.

GARG, M., *et al.* - Evaluating inpatient costs : the staging mechanism. **Medical Care**. 16: 3 (1978) 191-201.

GONNELLA, J., *et al.* - The problem of late hospitalization: a quality and cost issue. **Academic Medicine**. 65 (1990) 314 - 319.

GONNELLA, J.; HORNBROOK, M.; LOUIS, D. - Staging of disease: a case-mix measurement. **Journal of the American Medical Association**. 251: 5 (1984) 637-644.

GONNELLA, J.; LOUIS, D.; GOZUM, M. - Disease staging: clinical criteria (Version 17). Santa Barbara, CA: MEDSTAT Group, 1999.

GONNELLA, J.S.; LOUIS, D.Z. - Severity of illness in the assessment of quality: disease staging. In: Hughes, E.F.X., ed.lit. - Perspectives on quality in American health care. Washington, DC: McGraw-Hill, 1988. 69-84.

SOUZA-GUERRA, I. de Souza - 8 de Setembro : Dia Mundial da Fisioterapia : os paradoxos sobre a prestação da fisioterapia no nosso país e a necessidade de auto regulação. [Em linha]. **Médicos de Portugal**. (2008). [Consult. 20-02-2009]. Disponível em: http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/389/?textpage=5

HACKMAN, J.; OLDHAM, G. - Work redesign. New York: Addison-Wesley Publishing, 1980.

HURST, J. - Performance measurement and improvement in OCDE health systems: overview of issues and challenges. In: OECD - Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD, 2002.

HURST, J.; HUGHES, M. - Performance measurement and performance management in OECD health systems. In: OECD - OECD health systems: labour market and social policy. Paris: OECD, 2001. (Occasional Papers; 47) 1-60.

IEZZONI, L. - Risks and Outcomes. In: Iezzoni, L., ed. lit. - Risk adjustment for measuring healthcare outcome. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press, 1997b. 1- 40.

IEZZONI, L., *et al.* - Severity measurement methods and judging hospital death rates for pneumonia. **Medical Care**. 34: 1 (1996) 11-28.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Community-based rehabilitation: with and for people with disabilities CBR: draft Joint Position Paper. [Em linha]. Geneva: WHO. UNICEF. UNESCO. ILO, 2002. [Consult. 20-02-2009]. Disponível em: <http://www.aifo.it/english/resources/online/books/cbr/reviewofcbr/Joint%20Position%20paper%20Final%20Document.pdf>

KAY, E.; KILONZO, C.; HARRIS, M. - Improving rehabilitation services in developing nations: the proposed role of physiotherapists. **Physiotherapy**. 80: 2 (1994) 77-82.

LEATHERMAN, S. - Applying performance indicators to health system improvement. OECD - Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD, 2002.

LEAVITT, R. - The development of rehabilitation services and suggestions for public policy in developing nations. **Pediatric Physical Therapy**. 7 (1995) 112-118.

LEBAS, M.; EUSKE, K. - A conceptual and operational delineation of performance. In: NEELY, A. - Business performance measurement: theory and practice. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. 65-79.

MARKSON, L.E., *et al.* - Clinical outcomes management and disease staging. **Evaluation & The Health Professions**. 14 (1991) 201-227.

McGUIRE, T. E. - An evaluation of diagnosis related group severity and complexity refinement. **Health Care Financing Review**. 12: 4 (1991) 49-60.

MINTZBERG, H. - Structure in five designing effective organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1983.

NAYLOR, C. D.; IRON, K.; HANDA, K. - Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: OECD - Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD, 2002. 13-34.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - Luzes e sombras : a governação em saúde: Relatório de Primavera 2007. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2007.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - Sistema de Saúde Português : riscos e incertezas: Relatório de Primavera 2008. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2008.

O'TOOLE, B; McCONKEY, R: A training strategy for personnel working in developing countries. **International Journal of Rehabilitation Research**: 21. 311-321 (1998).

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION - Resolutions and other actions of the Fifty-Fourth World Health Assembly of interest to the Regional Committee. Geneva: Pan American Health Organization, 2001. [Em linha]. [Consult. 22-03-2009]. Disponível em: http://search.who.int/search?q=Resolution+WHA+54%2C21+icf&btnG=Search&entqr=0&output=xml_no_dtd&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&Search=Search&ie=utf8&client=WHO&sitesearch=&ud=1&site=default_collection&oe=UTF-8&proxystylesheet=WHO

PEREIRA, J. - Economia da saúde : glossário de termos e conceitos. 4ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, Fevereiro de 2004. (Documento de Trabalho;1/ 93).

PORTARIA Nº 110-A/2007. D. R. I Série. 16 Suplemento (2007-01-23) 636- (2)-636- (124) - Altera a Portaria n.º 567/2006 de 12 de Junho, que aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento, e aprova a lista de classificação dos hospitais para efeitos de facturação dos episódios da urgência.

PORTARIA Nº 567/2006. D.R. I Série-B. 113 (2006-06-12) 4173-4267 - Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento, e aprova a lista de classificação dos hospitais para efeitos de facturação dos episódios da urgência.

PORTUGAL. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAUDE. UNIDADE OPERACIONAL DE FINANCIAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO - Hospitais SNS: Contrato-Programa 2008: metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos: versão final. Lisboa: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. Administração Central do Sistema de Saúde, Outubro de 2007.

PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - Avaliação do modelo de celebração de convenções pelo SNS. [Em linha]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde, 2006. [Consult. 20-03-2007]. Disponível em: http://www.ers.pt/informacoes_uteis/noticias-ers/arquivo/824783.pdf

PORTUGAL. ENTIDADE REGULADORA DA SAUDE - Caracterização de acesso dos utentes a serviços de medicina física e de reabilitação. [Em linha]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde, 2008. [Consult. 20-03-2007]. Disponível em: <http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/MFR-Relatoriofinal.pdf>.

PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - CENSOS 2001 : análise da população com deficiência: resultados provisórios: informação à Comunicação Social, Portugal, 2002. Lisboa: INE, 2002.

PORTUGAL. MS. ACSS. UNIDADE OPERACIONAL DE FINANCIAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO – Hospitais SNS: Contrato-Programa 2008: metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos: versão final. Lisboa: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAUDE - O contexto, a natureza e a justificação da RNCCI : As Grandes Opções do Plano para 2007. [Em linha]. Portugal: Ministério da Saúde, 2007. [Consult. 20-02-2009]. Disponível em: <http://www.rncci.min-saude.pt/RNCCI/conteudos/comsocial/ComSocial+Intro.htm>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAUDE - Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004. 2 Vol. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas. 216 p.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAUDE. COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde : relatório final 2007. [Em linha]. Lisboa: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAUDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva. Lisboa: DGS, 2005. (Circular Normativa; 4 /2005).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAUDE. MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Cuidados continuados integrados nos cuidados de saúde primários: carteira de serviços. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006. [Em linha]. [Consult. 25/1/2009]. Disponível em: http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page_46/Cuidados_continuados_integrados.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAUDE. MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiares. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006. [Consult. em 25/1/2009]. Disponível em: http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page_46/Indicadores_desempenho_USF_MCSP2_0060412.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAUDE. PORTAL DA SAÚDE – Reabilitação. Lisboa: Portal da Saúde, 2005. [Em linha]. [Consult. 26/1/2009]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/reabilitacao/reabilitacao.htm>

PORTUGAL. OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS - Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2007. [Em linha]. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2007. [Consult. 27/1/2009]. Disponível em: <http://www.ondr.org/Relatorio%20ONDR%202007.pdf>.

PORTUGAL. OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS - Relatório preliminar do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2005. [Em linha]. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2005. [Consult. 27-1-2009]. Disponível em: <http://www.ondr.org/RELATORIO%20ONDR%202005.pdf>.

PUHAN, A., *et al.* - Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for readmission and mortality: a systematic review. [Em linha]. **Respiratory Research**. 6: 54 (2005). [Consult. 22-03-2009]. Disponível em: <http://respiratory-research.com/content/6/1/54>.

REIS, V. - A avaliação do desempenho em hospitais : editorial. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático: 5. (2005) 3-6.

SANTANA, R. - Integração vertical de cuidados. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2008. Textos de apoio da Unidade Curricular de Financiamento e Análise Financeira.

SANTANA, R. - O financiamento hospitalar e a definição de preços. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático: 5 (2005) 93-118.

SANTOS, J. L. F; WESTPHAL, M. F. - Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde : o papel da universidade. **Estudos Avançados**. 13: 35 (Janeiro/Abril 1999) 71-88.

SKYKES, C. - Health Classification 1: an introduction to the ICF. [Em linha]. London: World Confederation for Physical Therapy, 2006. (Key Notes; 2006). 1 - 2.

SKYKES, C. - Health Classification 2 : using the ICF in clinical practice. [Em linha]. London: World Confederation for Physical Therapy, 2007. (Key Notes; 2007). 1 – 2.

TWIBLE, R.; HENLEY, E. - Preparing occupational therapists and physiotherapists for community based rehabilitation. **Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal: Selected Readings in CBR Series 1: CBR in Transition**. (2000) 109-126.

UNITED NATIONS - ENABLE: Comprehensive and Integral International Convention to Promote and Protect the Rights and Dignity of Persons with Disabilities: Resolution adopted by the General Assembly [on the report of the Third Committee (A/56/583/Add.2)] 88th plenary meeting 19 December 2001. [Em linha]. Washington, DC: Division for Social Policy and Development. Department of Economic and Social Affairs. United Nations, 2003-04. [Consult. 22-04-2009]. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/disA56168e1.htm>

USA. INSTITUTE OF MEDICINE. COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA - Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century : free executive summary). Washington, DC : Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine, 2001. ISBN: 978-0-309-07280-9. 364 p.

USA. MEDSTAT - Disease Staging™: Software Version 5.22: reference guide. Santa Barbara, CA: MedStat, 2004

VONDELING, H. – Economic evaluation of integrated care: an introduction. **International Journal of Integrated Care**. 4: 1 (March 2004) 1-10.

WHITEHEAD, M. - The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1990.

WHO – Classifications: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2009b. [Em linha]. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

WHO - Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. Geneva: World Health Organization, 1981.

WHO - Disability prevention and rehabilitation in primary health care: a guide for district health and rehabilitation managers. Geneva: World Health Organization, 1995b.

WHO - Disability, including prevention, management and rehabilitation: Fifty-Eighth World Health Assembly : WHA58.23 : Ninth plenary meeting, 25 May 2005 : Committee B : third report). [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2005. [Consult. 12-01-2009]. Disponível em: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_23-en.pdf

WHO - Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: World

Health Organization, 2002.

WHO - Ottawa Charter for Health Promotion. In: International Conference on Health Promotion, 1, Ottawa, 21 November 1986. Copenhagen: World Health Organization, 1995a. (WHO/HPR/HEP/95.1).

I. WHO - Rehabilitation. **Health Topics**. (2009a). [Em linha]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>

WHO - The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996. Copenhagen: WHO/EUROPE, 2008. [Em linha]. [Consult. 12-01-2009]. Disponível em: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5.

WHO - The World Health Report: health system: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO - World Report on Disability and Rehabilitation: concept note. [Em linha]. In: WHO - Disability and Rehabilitation Team (DAR): Regional consultations provide valuable input into world report. Geneva: World Health Organization, 2008. [Consult. 15-03-2009]. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_world_report_concept_note.pdf.

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY - Primary health care and community based rehabilitation: implications for physical therapy based on a survey of WCPT's Member Organisations and a literature review. London: World Confederation for Physical Therapy, 2003. (Briefing Paper; 1).

APÊNDICES

APÊNDICE A
Tratamento de dados

	Nov.2005		Nov.2006		Nov.2007		Nov.2008		
		Trat/Ses		Trat/Ses		Trat/Ses		Trat/Ses	
Aerossois	0	0	0	0	4		6		
Ionização	330	0,1	315	0,09	217	0,06	247	0,08	
Corr.	31		18		9		17		
Diadinâmicas	49		0	0	0	0	8		
Est.pontos mot.	23		9		43		47		
Laser	138	0,04	264	0,08	566	0,16	593	0,19	
A.V.D.	22		9		332	0,09	263	0,08	
Banho	420	0,13	469	0,14	675	0,2	604	0,19	
Cadeias Musc	0	0	16		63	0,02	95	0,03	Part.
Calor Húmido	711	0,22	494	0,15	442	0,13	530	0,17	
Cinesio. Resp.	885	0,27	858	0,26	587	0,17	858	0,28	
CPM	0		0		0		0	0	
Crioterapia	111	0,03	111	0,03	202	0,06	174	0,05	
Dren. Bronq.	746	0,23	667	0,2	18		554	0,18	
Dren. Linfática	0	0	0	0	0	0	24		Part.
Espirometria	0		0		0		0	0	
Fort. Musc.	1169	0,36	1295	0,39	1075	0,32	1289	0,42	
Gin. Corr. Post.	0		0		0	0	9		
Gin. Vert. Ind.	29		49		57		48		
Massagem	1304	0,4	1372	0,42	2067	0,61	1668	0,55	
Mob. Art. Pass.	717	0,22	868	0,26	1012	0,3	1123	0,37	
Neuro-est.	172	0,05	182	0,05	153	0,04	163	0,05	
Onda Curta	468	0,146	511	0,15	450	0,13	438	0,14	
Parafina	138	0,04	162	0,04	104	0,03	193	0,06	
Pressões Alt.	27		25		30		119	0,04	
Reed. Mecânica	131	0,04	187	0,05	235	0,06	528	0,17	
Reed. Pelv. Esf.	12		20		12		0	0	
Tec. Divers.	23		17		0	0	83	0,02	
Tec. Esp.	1668	0,52	2469	0,75	2714	0,8	3094	1,02	
TENS	362	0,11	267	0,08	510	0,15	491	0,16	
Treino Marcha	408	0,15	467	0,14	439	0,13	383	0,12	
Treino Prot/Ort.	0	0	19		0	0	10		
Ultra-Sons	1135	0,35	1076	0,33	1352	0,4	1481	0,49	
Total	11405		12425		13449		15334		
Total Sessões	3191		3253		3358		3022		
Total Doentes	296		304		281		326		
Média Trat. / Sessão	3,6		3,8		4		5,1		
Média Sessões/ Doente	10,8		10,7		12		9,3		
Média Trat./ Doente	38,5		40,9		47,9		47		

	Nov.2007		Nov.2008	
		Trat./Sess		Trat./Sess
Cinesioterapia	9207	2,23	10730	2,72
Cinesioterapia	19348	4,68	21657	5,5
Electroterapia	307	0,07	279	0,07
Hidroterapia	1123	0,27	974	0,24
Massoterapia	1594	0,38	850	0,21
Mecanoterapia	5561	1,34	5920	1,5
Outros Trat.	1889	0,45	2040	0,51
Termoterapia	444	0,1	637	0,16
Treinos Terap.	5710	1,38	6051	1,53
Total				
Trat.	45183		49138	
Total Sessões	4128		3931	
Total Doentes	769		538	
Média Trat./Sessão	10,94		12,5	
Média				
Sessões/Doent	5,36			
Média Trat./Doente	58,75			

ANEXOS

ANEXO 1
Tabelas de Preços

Tabela de Medicina Física e de Reabilitação

Código	Designação	Preço (euros)	Pond.
Todos os códigos constantes desta tabela são por sessão, salvo quando seja indicado outro critério de regis			
TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS			
60065	Electrodiagnóstico de estimulação, por grupo muscular	25,00	4,4
60087	Electromiografia com eléctrodos de superfície	46,10	8,1

Diário da República, 1.ª série — N.º 16 — 23 de Janeiro de 2007

636-(85)

Código	Designação	Preço (euros)	Pond.
Electromiografia com eléctrodos de agulha (ver tabela de Neurofisiologia)			
60148	Estudo do equilíbrio com plataforma eléctrica e registo	32,30	5,7
60050	Prova funcional vascular periférica motorizada	25,90	4,5
60207	Estudo das pressões transcutâneas de Oxigénio (PTcO2)	128,80	22,6
60203	Exame muscular isocinético com registo	59,00	10,4
60301	Goniometria eléctrica	9,50	1,7
60205	Exame podoscópico	4,10	0,7
60206	Exame podoscópico com registo barométrico	31,90	5,6
60212	Exame podoscópico computadorizado	92,70	16,3
60181	Estudo da marcha com plataforma eléctrica e registo	35,80	6,3
60310	Raquiometria	56,20	9,9
60209	Teste psicomotor	60,50	10,6
60210	Exame de alterações da fala e da linguagem	24,60	4,3
60211	Avaliação da incapacidade	60,50	10,6
60213	Avaliação da capacidade de condução	61,00	10,7
60215	Outras técnicas diagnósticas	44,20	7,8
TÉCNICAS TERAPÊUTICAS			
CINESITERAPIA			
60290	Mobilização articular manual	7,20	1,3
60291	Mobilização articular motorizada	6,50	1,1
60349	Manipulação (por médico)	23,90	4,2
60350	Técnicas miotensivas (por médico)	30,80	5,4
61102	Fortalecimento muscular manual	9,50	1,7
61105	Fortalecimento muscular isocinético	25,10	4,4
60375	Cinesiterapia vertebral	7,20	1,3
60376	Cinesiterapia em grupo	3,50	0,6
Cinesiterapia respiratória (ver nesta Tabela Reabilitação Cardio/Respiratória)			
60380	Cinesiterapia correctiva postural	8,30	1,5
60404	Treino de equilíbrio e marcha	6,30	1,1
60377	Técnicas especiais de cinesiterapia	7,80	1,4
60401	Reeducação funcional de cada membro	8,80	1,5
60402	Reeducação funcional de cada membro, com análise simultânea do movimento e registo	9,00	1,6
60405	Reeducação do equilíbrio em plataforma com registo	25,10	4,4
60406	Reeducação da marcha em plataforma com registo	25,10	4,4
60445	Habilitação e reabilitação psicomotora	9,60	1,7
61115	Técnicas de relaxamento	3,60	0,6
TERMOTERAPIA SUPERFICIAL			
60550	Crioterapia	4,70	0,8
60555	Terapia por calor húmido	4,00	0,7
60583	Parafinoterapia	6,00	1,1
60584	Parafangoterapia	6,80	1,2
60687	Terapia por LASER	13,60	2,4
61170	Terapia por LASER de CO2	30,40	5,3
60708	Radiações infravermelhas	3,70	0,6
60729	Radiações ultravioletas	3,60	0,6
TERMOTERAPIA PROFUNDA			
60750	Ultrasonoterapia	5,60	1,0
60624	Corrente de alta frequência, ondas curtas	9,00	1,6
60644	Corrente de alta frequência, micro-ondas	5,50	1,0
ELECTROTHERAPIA			
60771	Estimulação eléctrica neuro-muscular, por grupo muscular	8,50	1,5
60792	Iontoforese	7,50	1,3
60805	Estimulação transcutânea	7,20	1,3
60806	Estimulação transcutânea domiciliária (facturação quinzenal)	41,80	7,3
60810	Técnicas de electroterapia (por médico)	26,60	4,7
61146	"Biofeed-back"	23,20	4,1
60800	Corrente contínua	6,00	1,1
60801	Corrente de baixa frequência	6,00	1,1
60802	Corrente de média frequência	6,00	1,1

Código	Designação	Preço (euros)	Pemd.
MECANOTERAPIA			
60824	Pressões intermitentes	4,70	0,8
60825	Pressões intermitentes sequenciais	6,10	1,1
61120	Pressões intermitentes com monitorização contínua	12,00	2,1
60845	Tracção vertebral mecânica	7,70	1,4
60866	Tracção vertebral motorizada	12,90	2,3
60328	Outras técnicas de mecanoterapia	6,80	1,2
HIDROTERAPIA/BALNEOTERAPIA			
60887	Banho de contraste	5,70	1,0
60908	Duches	7,60	1,3
60909	Duche de Vichy	6,90	1,2
60929	Banho de turbilhão	4,90	0,9
60940	Massagem subaquática	7,90	1,4
60982	Hidrocinesterapia individual em tanque	13,90	2,4
60961	Hidrocinesterapia colectiva em piscina	7,20	1,3
60962	Hidrocinesterapia individual em piscina	15,00	2,6
60930	Hidromassagem	8,30	1,5
TREINOS TERAPÊUTICOS			
	Treino de equilíbrio e marcha (ver nesta Tabela Cinesiterapia)		
61002	Treino de utilização de prótese do membro inferior	9,80	1,7
61004	Treino de utilização de prótese do membro superior	10,20	1,8
61005	Treino de utilização de ortoprótese	9,70	1,7
61024	Treino de utilização de ortótese	4,80	0,8
61045	Treino de utilização de outras ajudas técnicas	7,30	1,3
60267	Massagem com técnicas especiais	9,10	1,6
60269	Massagem de drenagem linfática	11,90	2,1
TERAPIA DA FALA			
61061	Terapia da fala	8,40	1,5
REABILITAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA			
61130	Reabilitação cardíaca individual	21,20	3,7
61140	Reabilitação cardíaca (grupo seis)	15,40	2,7
60438	Aerossóis	7,40	1,3
60437	Aerossóis ultra-sónicos	7,50	1,3
60435	Drenagem postural	16,00	2,8
60430	Cinesiterapia respiratória	12,20	2,1
	Cinesiterapia respiratória em grupo (ver código 60376 no capítulo Cinesiterapia)		
61137	IPPB	18,90	3,3
61138	Oxigenoterapia	7,40	1,3
61139	Percussão / vibração torácica	6,60	1,2
61133	Readaptação ao esforço individual	13,80	2,4
61135	Readaptação ao esforço grupo até seis, cada	7,20	1,3
REABILITAÇÃO VESICO-ESFINCTERIANA			
61145	Reabilitação de incontinência esfincteriana, por estimulação eléctrica	18,60	3,3
61144	Reabilitação de incontinência esfincteriana, por estimulação eléctrica, domiciliária (facturação mensal)	70,70	12,4
61141	Reabilitação de incontinência esfincteriana, por "biofeed-back"	25,50	4,5
61142	Reabilitação de incontinência esfincteriana, por "biofeed-back", domiciliária (facturação mensal)	109,40	19,2
61149	Reeducação dinâmica do pavimento pélvico	48,90	8,6
61150	Treino de "biofeed-back" com EMG	39,60	6,9
61090	Cinesiterapia pré e pós parto	6,20	1,1
61161	Mesoterapia - aplicação manual	20,10	3,5
61163	Mesoterapia - aplicação mecânica	23,40	4,1
TERAPIA OCUPACIONAL			
61068	Treino de destreza manual	11,70	2,1
61070	Treino de coordenação motora	8,30	1,5
61076	Treino de escrita à mão ou à máquina de escrever / computador	7,50	1,3
61074	Reeducação da sensibilidade	14,20	2,5

Código	Designação	Preço (euros)	Pond.
61087	Treino de actividades de vida diária (A.V.D.)	22,50	3,9
61008	Treino de actividades lúdicas	10,90	1,9
61029	Treino de familiares	9,90	1,7
61080	Aplicação de ligaduras	30,50	5,4
61082	Confecção e aplicação de ligaduras funcionais ou gessos	54,90	9,6
61083	Execução de ortóteses/ajudas técnicas	108,80	19,1
61091	Treino da funcionalidade na cadeira de rodas	6,80	1,2
61088	Treino da funcionalidade no leito	4,00	0,7
60985	Treino em tanque de marcha	7,20	1,3
61050	Outras técnicas de terapia ocupacional	9,20	1,6
OUTROS			
60666	Magnetoterapia	5,00	0,9
60752	Terapia de ondas de choque	43,40	7,6
61162	Acupuntura (por médico)	31,50	5,5
	Infiltrações (ver tabela de Serviços e técnicas gerais)		
61167	Técnica de infiltração muscular com toxina botulínica em mais de 4 pontos	412,00	72,3
61168	Preenchimento de bomba baclofeno intratecal	287,60	50,5
61300	Outras técnicas terapêuticas	7,40	1,3

MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO
--

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	ENCARGO DA ADSE (€)	ENCARGO DO BENEFICIÁRIO (€)
2261	APERIÓDICAS	0,84	0,21
2262	DIADINÂMICAS	0,84	0,21
2263	EFLÚVIOS	0,84	0,21
2264	ESTIMULAÇÃO ELÉCTRICA DOS PONTOS MOTORES	1,20	0,30
2265	EXPONENCIAIS	0,84	0,21
2266	FARADICAS	0,84	0,21
2267	GALVÂNICAS	0,84	0,21
2268	INTERFERENTES	0,84	0,21
2269	IONIZAÇÕES /IONTOFORESE	0,84	0,21
2270	MICRO-ONDAS	1,24	0,31
2271	ONDAS CURTAS	0,84	0,21
2272	ONDAS CURTAS ENDOCAVITÁRIAS	1,24	0,31
2273	ULTRA-SONS	1,24	0,31
2274	ULTRA-SONS COM ESTIMULAÇÃO	1,24	0,31
2275	ULTRA-SONS SUBAQUÁTICOS	1,24	0,31
2276	ELECTROMAGNETISMO	1,24	0,31
2285	RADIAÇÃO DE INFRA-VERMELHOS	0,60	0,15
2286	RADIAÇÃO ULTRA-VIOLETA	0,84	0,21
2292	CALOR HÚMIDO OU HIDROCOLATOR	0,84	0,21
2293	CRIOTERAPIA	0,84	0,21
2294	APLICAÇÃO DE LAMA-PARAFINA	1,24	0,31
2295	APLICAÇÃO DE PARAFINA	1,24	0,31
2300	BANHO DE 4 CÉLULAS /STANGER/	0,80	0,20
2301	HIDROCINESIOTERAPIA	1,36	0,34
2302	HIDROMASSAGEM GERAL	1,24	0,31
2303	HIDROMASSAGEM PARCIAL	0,80	0,20
2304	MASSAGEM SUBAQUÁTICA	0,80	0,20
2305	MOBILIZACAO SUBAQUÁTICA	0,80	0,20
2306	TANQUE DE HUBBARD	1,60	0,40
2307	TANQUE PARA MARCHA	1,24	0,31
2315	APLICAÇÕES LOCAIS DE VAPOR	0,80	0,20
2316	BANHO DE ALGAS	1,60	0,40
2317	BANHOS CARBOGASOSOS	1,60	0,40
2318	BANHOS DE CONTRASTE	1,04	0,26
2319	BANHOS GERAIS MINERAIS NATURAIS OU ARTIFICIAIS	1,24	0,31
2320	BANHOS DE LAMAS	1,60	0,40
2321	BANHOS MEDICAMENTOSOS GERAIS	1,24	0,31
2322	BANHO DE REMOINHO OU TURBILHÃO	1,24	0,31
2323	BANHOS DE VAPOR	0,80	0,20
2324	DUCHE ESCOCÊS	1,24	0,31
2325	DUCHE FILIFORME	0,80	0,20

2326	DUCHE SIMPLES	0,80	0,20
2327	MANILÚVIO	0,80	0,20
2328	PEDILÚVIO	0,80	0,20
2329	SEMICÚPIO OU BANHO DE ASSENTO	0,80	0,20
2335	CINESIOTERAPIA /OU GINÁSTICA/ CORRET.POST./IND.	1,60	0,40
2336	CINESIOTERAPIA NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO /INDIV.	1,60	0,40
2337	CINESIOTERAPIA /OU GINÁSTICA/ RESPIRATÓRIA INDIV.	1,60	0,40
2338	CINESIOTERPIA /OU GINÁSTICA/ VERTEBRAL INDIVIDUAL	1,60	0,40
2339	DRENAGEM BRÔNQUICA POSTURAL	1,60	0,40
2340	FORTELECIMENTO MUSCULAR DE + DE 1 MEMBRO OU GERAL	1,60	0,40
2341	FORTELECIMENTO MUSCULAR DE UM MEMBRO OU REGIÃO	1,24	0,31
2342	MANIPULAÇÕES VERTEBRAIS	2,31	0,58
2343	MASSAGEM MANUAL DE MAIS DE UM MEMBRO OU REGIÃO	1,24	0,31
2344	MASSAGEM MANUAL DE UM MEMBRO OU REGIÃO	0,80	0,20
2345	MOBILIZAÇÃO ARTICULAR PASSIVA	1,24	0,31
2346	REEDUCAÇÃO EM GRUPO /MÁXIMO 6 DOENTES/	0,80	0,20
2347	CINESIOTERPIA - QUALQUER - EM GRUPO/MÁX.6 DOENT/	0,80	0,20
2348	TÉCNICAS ESP.CINESIOT. /FACIL.NEUROM.KABAT BOBATH	2,03	0,51
2349	TREINO DE EQUILÍBRIO E MARCHA	1,24	0,31
2350	TREINO DO USO DE ORTÓTESES	1,24	0,31
2351	TREINO DO USO DE PRÓTESE	1,24	0,31
2365	EXTENSÕES/OU TRACÇÃO/VERTEBRAL MOTORIZADA CONTÍNUA	1,24	0,31
2366	EXTENSÕES/OU TRACÇÃO/VERTEBRAL MOTOR.INT.OU RITMAD	1,24	0,31
2367	EXTENSÕES/OU TRACÇÃO/VERTEBRAL POR SUSPENSÃO	0,84	0,21
2368	MASSAGEM MECÂNICA /VIBROMASSAGEM/ GERAL	0,84	0,21
2369	MASSAGEM MECÂNICA / VIBROMASSAGEM/ LOCAL	0,60	0,15
2370	PRESSÕES ALTERNATIVAS /TIPO JOBST/	1,04	0,26
2371	PRESSÕES ALTERNATIVAS /ECG SINCRONO - SYNCARDON/	2,39	0,60
2372	REEDUCAÇÃO MECÂNICA	1,04	0,26
2380	TREINO EM ACTIVIDADE	2,75	0,69
2381	TREINO EM TERAPÊUTICA	2,75	0,69
2385	AEROSÓIS OU NEBULIZAÇÕES	0,84	0,21
2386	IPPB	1,28	0,32

Preçário MFR Entidades

40020056	REEDUCACAO PERINEO-ESFINCT	37,62	25	45	41,8	23,25
90090003	ATIVIDADES DE VIDA DIARIA	10,79	3	4,4	4,94	5,75
90990201	ACTOS REALIZADOS INTERNAMEN	0	5			
90070002	AEROSSOIS ULTRA-SONICOS	8,09	2	2,25	2,57	3,35
90040004	BANHO DE TURBILHAO	4,71	1,75	1,9	1,8	2,6
90089901	CADEIAS MUSCULARES	50	50	50	50	50
90030002	CALOR HUMIDO	3,14	1,5	1,3	1,65	2,05
90990203	CHAMADA TECNICO FISIOTERAP	21,5		22,1	5,49	22,1
90060003	CINESITERAPIA CORRECTIVA PC	6,23	2,75	2,6	3,04	4,1
90060004	CINESITERAPIA PRE E POS PART	6,23	3	2,6	3,04	4,1
90060001	CINESITERAPIA RESPIRATORIA	6,23	3,25	3,2	3,04	4,65
90060002	CINESITERAPIA VERTEBRAL	6,23	2,75	2,6	3,04	4,1
90100007	CONFECACAO DE LIGADURA FUNI	15,41	3,5	4,9	20,6	10,5
90100008	CONFECACAO DE ORTOTESIS	15,41	15	4,9	20,6	10,5
90010004	CORRENTE DE ALTA FREQUENCIA	2,41	2	2,25	2,19	3,35
90010002	CORRENTE DE BAIXA FREQUENCIA	2,41	1,75	1,3	1,65	2,05
90010003	CORRENTE DE MEDIA FREQUENCIA	2,41	1,75	1,3	1,65	2,05
90019906	CORRENTE MEDIA FREQUENCIA	3,12	1,75		5,5	2,2
90019903	CORRENTE MEDIA FREQUENCIA	3,12	1,75		5,5	
90019905	CORRENTES DIADINAMICA	3,12	1,75		5,5	2,75
90030001	CRIOTERAPIA	3,14	1,5	1,3	1,65	2,05
90069902	DRENAGEM BRONQUICA POSTUI	6,23	2,5	3	3,04	3,7
90069905	DRENAGEM LINFATICA	30	30	29,5 30	30	30
90010006	ESTIMULACAO ELECTRICA DE PI	3,99	2	2,25	2,19	3,35
90100006	ESTIMULACAO TRANSCUTANEA	4,71	3	3,5	20	7,5
90060005	FORTALECIMENTO MUSCULAR M	4,71	2	2,5	2,19	4,1
90069901	FORTALECIMENTO MUSCULAR P	9,52			10,9	
90040002	HIDROMASSAGEM	4,71	3	3,45	2	4,45
90020004	LASERTERAPIA DE RAIOS INFRA	8,09	2	2,25	3,34	3,35
90990174	LIGADURA FUNCIONAL	0	3,5		20,6	
90050003	MASSAGEM COM TECNICAS ESP	8,59	2	2,6	1,37	4,1
90050002	MASSAGEM MANUAL DE MAIS DI	4,71	2	2,5	2,19	4,1
90050001	MASSAGEM MANUAL DE UMA RE	3,14	1,5	2,15	1,37	3,35
90100005	MESOTERAPIA	46,15	4,5	4,2	52,8	9
90060006	MOBILIZACAO ARTICULAR MANI	6,18	2	2,25	2,19	3,35
90069903	NEUROESTIMULACAO	4,71	6,6	6,6	6,6	2,6
90019902	ONDAS CURTAS	2,41	2	2,25	13,6	2,2
90030003	PARAFINA	4,71	1,5	1,6	2,19	2,33
90080004	PRESSOES ALTERNAS POSITIVA	9,52	2,75	4,4	10,9	5,75
90060008	REEDUCACAO DO EQUILIBRIO E/	3,99	2,25	2,6	2,19	4,1
90110009	REEDUCACAO MECANICA POLISI	3,99	5,7	5,7	5,7	2,33
90069904	TALA MOBILIZACAO CONTINUA	32,74	43,8	43,8	43,8	43,8
90100001	TECNICAS DIVERSIFICADAS / MA	14,14	5	5,6	17,5	12
90060007	TECNICAS ESPECIAIS DE CINESI	7,75	2,5	3	3,84	4,65
90019908	ULTRA SONS SUB-AQUATICO	8,09	2		9,3	
90010005	ULTRA-SOM	2,41	2	2,25	2,19	3,35
90090001	USO DE PROTESES	3,99	3	4,4	10,9	5,75